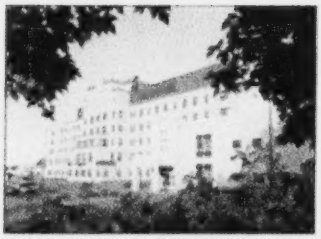
Centre de santé et de services sociaux
de Matane

Rapport annuel de gestion

2012-2013



Hôpital de Matane (siège social)
333, rue Thibault
Matane (Québec) G4W 2W5

Centre d'hébergement de Matane
150, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A2

CLSC de Matane
349, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A8

Adopté par le conseil d'administration
Le 13 juin 2013

Production
Direction générale

Édition
© Centre de santé et de services sociaux de Matane

Ce document a été édité en quantité limitée et est disponible sur demande à la Direction générale.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Dans cet ouvrage, la forme masculine n'est utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte sans intention de discrimination aucune.

Table des matières

PAGE

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale 6

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le présent rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 8

Chapitre 1

Présentation de l'établissement 9

Les installations 11

Consultation et information de la population 13

Chapitre 2

Rapport annuel du commissaire local aux plaintes 15

Fondation de l'hôpital de Matane 17

Direction des soins infirmiers 18

Direction de la santé physique 26

Statistiques (Hôpital de Matane) 29

Direction des ressources financières, techniques et informationnelles 30

Direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté 31

Statistiques (Foyer d'Accueil de Matane) 39

Statistiques (CSSS de Matane, Maintien à domicile) 40

Direction des services professionnels et hospitaliers 41

Table des matières (suite)

PAGE

Direction des ressources humaines et du développement organisationnel 43

Service de réadaptation en réseau intégré 46

Chapitre 3

Pages financières 50

Chapitre 4

Conseil d'administration et ses comités 56

Chapitre 5

Rapport des conseils des comités

Comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières - CECII 59

Comité exécutif du comité des infirmiers et infirmières auxiliaires - CECIIA 64

Comité de prévention et contrôle des infections - PCI 66

Conseil multidisciplinaire - CM 70

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 74

Comité de vigilance et de la qualité - CVQ 78

Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration 80

Comité des usagers et des résidents 81

Comité de gestion des risques 83

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 90

Table des matières (suite)

Annexe 1 : Extrait des états financiers

Annexe 2 : Organigramme

Annexe 3 : Planification stratégique 2011-2015

Annexe 4 : Bilan de fin de période 2012-2013

Annexe 5 : Fiche sociosanitaire RLS de Matane

Liste des abréviations

ACV :	Accident cérébro-vasculaire
AEOIR :	Accueil, évaluation, orientation, intervention et référence
AMDEC :	Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité
AMPRO :	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
ASI :	Assistant du supérieur immédiat
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
CEPI :	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CERDM :	Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux
CFP :	Centre de formation professionnelle
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII :	Conseil des infirmiers et infirmières
CIIA :	Comité des infirmiers et infirmières auxiliaires
CLSC :	Centre local de services communautaires
CM :	Conseil multidisciplinaire
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COSMOSS :	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé
CPM :	Conseil de protection des malades
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CSST :	Commission de la santé et sécurité au travail
DI :	Déficience intellectuelle
DMS :	Durée moyenne de séjour
DP :	Déficience physique
DRH :	Directeur ou directrice des ressources humaines
DSI :	Direction des soins infirmiers
DSPH :	Direction des services professionnels et hospitaliers
ECG :	Électrocardiogramme
FAPH :	Fonds d'aide aux personnes handicapées
GMF :	Groupe de médecine familiale
IAB :	Initiative amis des bébés
ITSS :	Infection transmise sexuellement et par le sang
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS :	Ministère de l'Éducation des loisirs et du sport
MPOC :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS :	Maladies transmises sexuellement
OIIQ :	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
OIIAQ :	Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec
OLO :	Oeuf, lait, orange

OPHQ :	Office des personnes handicapées du Québec
OPTMQ :	Office professionnel des technologistes médicaux du Québec
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
PAB :	Préposé aux bénéficiaires
PAD :	Programme adaptation domiciliaire
PCI :	Prévention et contrôle des infections
PDRH :	Plan de développement des ressources humaines
PDSB :	Principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PEM :	Plan d'effectifs médicaux
PPALV :	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PQLC :	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM :	Plan régional d'effectifs médicaux
PTG :	Prothèse totale du genou
PTH :	Prothèse totale de la hanche
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI :	Ressources intermédiaires
RLS :	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RNI :	Ressources non institutionnelles
RPCU :	Regroupement provincial des comités des usagers
RTF :	Ressources de type familial
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
SAD :	Soutien à domicile
TED :	Troubles envahissants du développement
UTRF :	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

* Afin d'alléger le texte le genre féminin inclut le genre masculin et vice-versa.

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale

Mesdames,
Messieurs,

C'est avec une très grande fierté que le CSSS de Matane a su relever les nombreux défis et projets organisationnels pour l'année 2012-2013.

Au cours de l'année, le CSSS de Matane s'est doté, entre autres, d'un nouveau plan d'organisation. De plus, un nouveau comité des résidents a été formé. Une nouvelle entente a été signée avec *Les Bâtisseurs* comme ressource intermédiaire.

Les représentants du CSSS de Matane ont participé au Forum régional sur la perspective du vieillissement, ce qui a permis de redémarrer la table de concertation des aînés sur le territoire de La Matanie. Parmi nos priorités de l'année, nous avons tenu « 9 » rencontres avec le personnel, représentant environ 90 employés, dans le cadre d'une élaboration d'un plan d'action visant l'amélioration du climat de travail dans l'organisation et la mobilisation des employés.

En ce qui a trait à la visite d'appréciation en CHSLD, le rapport a été présenté aux employés ainsi qu'aux membres du comité des résidents. Un plan d'action a également été diffusé afin de satisfaire aux recommandations de l'équipe visiteuse.

L'année 2012-2013 a été marquée par « 2 » évènements majeurs : un accident d'autobus et un dégât d'eau. Ces évènements nous ont permis de constater à quel point les exercices pour les codes d'alerte sont importants.

Plusieurs projets d'optimisation ont été enclenchés tel le *guichet d'accès*. Ces projets vont permettre, entre autres, une meilleure utilisation de nos ressources.

Il est difficile de rendre justice à tout le travail qui a été réalisé dans l'ensemble des secteurs d'activités, mais en parcourant le rapport annuel vous pourrez constater les réalisations qui ont retenu notre attention au cours de la dernière année. L'établissement a terminé l'année 2012-2013 avec un surplus budgétaire et s'est ainsi conformé au discours sur le budget de mars 2010 visant le retour à l'équilibre budgétaire.

Nous tenons à exprimer à tous les employés et aux médecins qui s'investissent quotidiennement auprès de la clientèle toute notre reconnaissance. Un merci particulier également à tous nos bénévoles et nos précieux partenaires. Nous voulons aussi souligner notre appréciation aux membres des instances professionnelles pour leur mobilisation et leur très grande collaboration dans les différents dossiers d'établissement.

Nous tenons à remercier d'une manière particulière la Fondation de l'hôpital de Matane qui, année après année, nous supporte financièrement par l'achat d'équipements.

Et enfin, nous remercions chaleureusement les membres du conseil d'administration pour leur engagement qui permet à la population de La Matanie d'offrir des services de qualité.

Le président du conseil d'administration,

Louis Pelletier

La secrétaire du conseil d'administration et directrice générale,

Nicole Morin

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le présent rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

À titre de directrice générale du CSSS de Matane, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice terminé le 31 mars 2013 du CSSS de Matane :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

La directrice générale,

Nicole Morin

Nicole Morin

Chapitre 1

Présentation de l'établissement

La mission de l'établissement et des centres qu'il exploite

La mission du *Centre de santé et de services sociaux de Matane* est de faire en sorte qu'il se dispense dans les centres qui le compose, les meilleurs services à la population de la MRC de La Matanie dans le respect des missions (hôpital, centre d'hébergement, centre local de services communautaires).

Pour ce faire, l'approche privilégiée est celle des programmes-services (programmes-clientèles), caractérisée par la notion de réseau de soins et de services intégrés, de *continuum* de services requis par les clientèles cibles.

Donc, chaque programme-service met en place un ensemble de services et d'activités intégrés pour lesquels sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières, où s'inscrit la présence d'équipes multidisciplinaires. L'établissement préconise la gestion en tandem (gestionnaire et médecin) au sein de chaque programme dans le but d'assurer une plus grande cohésion et une collaboration encore plus étroite dans la façon de dispenser les soins et les services à notre clientèle.

Mission hôpital :

La mission de l'hôpital est d'offrir des services diagnostiques et des soins généraux et spécialisés. À cette fin, ce centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins. Il s'assure que leurs besoins sont évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts. Ils peuvent être offerts à l'intérieur ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Mission centre d'hébergement :

La mission du centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon permanente ou temporaire un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance. À cela s'ajoutent des services de réadaptation, de diététothérapie, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, ce centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ladite installation ou de nos ressources affiliées.

La mission de ce centre comprend également l'exploitation de ressources intermédiaires, de concert avec des ressources privées du milieu de même que la prise en charge de la clientèle en perte d'autonomie desservie dans les résidences de type familial.

Mission centre local de services communautaires :

La mission du centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique.

Les installations

Le **Centre de santé et de services sociaux de Matane** se compose de trois missions :

- L'*Hôpital de Matane* est un établissement de soins de courte durée offrant des services diagnostiques, des soins généraux et spécialisés. Cette installation dispose, au 31 mars 2013, de 45 lits de courte durée au permis.

  La répartition des lits de courte durée est la suivante :

  - Médecine incluant gériatrie de courte durée — 28 lits
  - Soins intensifs — 4 lits
  - Chirurgie — 8 lits
  - Obstétrique — 3 lits
  - Pédiatrie — 2 lits

  À ces lits s'ajoutent sept civières d'observation à l'urgence de même que trois berceaux en pouponnière.

- Le *Centre d'hébergement de Matane* est un établissement d'hébergement et de soins de longue durée, d'une capacité de 106 lits dont deux de ces lits permettent à l'organisation d'offrir des services d'hébergement temporaire ou de répit-dépannage.

  Également, cette installation compte sur les ressources suivantes, affiliées par entente contractuelle, en collaboration avec des partenaires du milieu, permettant d'assurer aux personnes en perte d'autonomie de notre MRC un milieu de vie adapté à leurs besoins lorsqu'elles ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel :

  - Six ressources intermédiaires — 60 places
  - Trois ressources de type familial — 4 places

- Le *CLSC de Matane* est un établissement public existant en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a pour mission d'offrir en première ligne à la population de la MRC de Matane des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

  À cette fin, le CLSC s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

  Le CLSC de Matane dispense des services à son principal lieu, à l'édifice Bon-Pasteur situé au 349 de l'avenue Saint-Jérôme à Matane. Il accorde toutefois une importance particulière au déploiement de ses activités aux extrémités du territoire à desservir par l'exploitation des points de services dans les localités de Les Méchins et de Baie-des-Sables.

Le *Centre de santé et de services sociaux de Matane* dessert une population de quelque 22 050 habitants.

À l'annexe « 5 » vous trouverez la fiche sociosanitaire du Réseau local de services de Matane
Référence : Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Consultation et information de la population

Sous l'autorité directe de la Direction générale, le Service des communications et des affaires publiques du **Centre de santé et de services sociaux de Matane** utilise, encourage et développe divers modes d'information et de consultation bidirectionnels en regard de l'organisation et de la prestation des soins et des services.

Sur une base continue, divers outils sont utilisés, dont :

- Un journal interne accessible à nos 150 000 visiteurs annuels et distribué aux partenaires socio-économiques de La Matanie. Les médias le reçoivent également et reprennent régulièrement des articles;
- Le site internet, après un an d'existence, a reçu près de 72 000 visites et plus de 150 curriculum vitae;
- Environ 5 reportages sont disponibles sur la plate-forme « You Tube » et ils sont ouverts aux commentaires;
- La présence de représentants du CSSS de Matane lors de divers événements donne lieu à la rédaction de discours et permet une interaction avec les personnes présentes;
- Deux périodes de questions sont à l'ordre du jour de chaque réunion publique du conseil d'administration;
- Les représentants du milieu socio-économique sont consultés sur une base régulière, que ce soit les élus municipaux, provinciaux et les groupes corporatifs ou communautaires de La Matanie.
- Le conseiller aux communications et aux affaires publiques ainsi que diverses personnes en autorité au CSSS de Matane accordent des dizaines d'entrevues par année aux médias;

- Des dépliants et des affiches sont réalisés régulièrement comme ceux accessibles dans des présentoirs (abrégé du code d'éthique...) ou dans certains services (CLSC, salle de prélèvements...).

Tous ces outils sont bidirectionnels, car tout en informant ou en sensibilisant la population à l'offre des soins et des services, des liens numériques ou téléphoniques permettent aux gens d'interagir dans chacun de nos moyens de communication.

Chapitre 2

Rapport annuel du commissaire local aux plaintes

Bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Le rôle principal du commissaire local est de veiller au respect des droits des usagers et de traiter leurs plaintes de façon diligente. Il peut également intervenir de sa propre initiative, si des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ne sont pas respectés. À cet égard, lorsqu'il le juge opportun, le commissaire fait des recommandations à l'établissement qui peut, par la suite, corriger certaines situations. L'indépendance qui lui est conférée lui permet d'agir sans contraintes, le commissaire relevant directement du conseil d'administration. Voici une synthèse de son rapport

Répartition du type de dossiers

Plaintes	54
Interventions	6
Plaintes médicales, Pharmaciens, Dentistes	2
Assistances	24
Consultations	10
Protecteur du citoyen	0
Total :	96

Répartition du nombre de motifs de plainte et d'intervention

Accessibilité	5
Aspect financier	3
Droits particuliers	2
Organisation du milieu et ressources matérielles	23
Relations interpersonnelles	22
Soins et services dispensés	15

Une plainte ou une intervention peut contenir plus d'un motif.

Dans le cadre de ses activités, l'établissement doit informer sa clientèle du résultat sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et des interventions. Le rapport complet qui inclut les recommandations et les statistiques du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (incluant celui du médecin examinateur) est disponible au siège social du CSSS de Matane en format papier et en fichier PDF sur le site Internet de l'établissement. Le règlement sur la procédure d'examen des plaintes est également disponible.

Toute plainte ou signalement peut être destinée à M. Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, soit par courrier : 333, rue Thibault, Matane (Québec) G4W 2W5, (siège social) ou à son bureau 150, avenue Saint-Jérôme, Matane (Québec) G4W 3A2 par courriel : jacques.deschenes. csssmatane@ssss.gouv.qc.ca, par téléphone : 418-562-3135, poste : 3010 et sur le site Internet de l'établissement au www.csssmatane.com.

Fondation de l'hôpital de Matane

Au cours de l'année 2012, la Fondation de l'hôpital de Matane a remis des dons pour un montant de 60 200 $ au CSSS de Matane :

- Achat de 2 pompes volumétriques pour l'urgence et les soins intensifs ;
- Amélioration des équipements du programme de qualité de vie des résidents au CHSLD ;
- Achat d'une chaise pour la salle de prélèvements de l'hôpital ;
- Promotion de la semaine de la santé mentale ;
- Promotion de la semaine de la nutrition;
- Achat d'un téléviseur pour le centre de jour par un don spécifique;
- Achat de matériel en oncologie par un don spécifique;
- Amélioration des équipements favorisant la qualité de vie pour les usagers du centre de jour;
- Achat 2 ensembles diagnostic intégré pour la pédiatrie : sphygmomanomètre ophtalmoscope et otoscope;
- Achat d'équipements pour le service d'inhalothérapie;
- Financement du projet Anna et la mer au CLSC;
- Achat d'un PanOptic pour le service d'ophtalmologie;
- Achat de fauteuils adaptés et sécuritaires pour les usagers de l'hôpital, du centre de jour du CLSC et les résidents du CHSLD;
- Création d'un fonds d'urgence pour la santé mentale;
- Achat d'un moniteur de glucose pour les programmes des maladies chroniques secteur diabète;
- Don dédié pour les soins palliatifs ;
- Don dédié pour le réaménagement des chambres en obstétrique.

La Fondation est fière de ses réalisations et de son partenariat avec le CSSS de Matane. Investissons dans notre santé par un don à la Fondation!

Liste des membres

Frank McMullen	Président
Yves Larouche	Vice-président
Gilles Sioui	Trésorier
Clémence Caillouette	Secrétaire
Dominic Bouffard	Administrateur
Yves Lavoie	Administrateur
Dre Renée Gagnon	Administratrice
Jean-Charles Caron	Administrateur
Marie-Claude Verreault	Administratrice
Nicole Morin	Directrice générale du CSSS de Matane
Marie-Josée Lapointe	Directrice générale de la Fondation de l'hôpital

Activités des programmes clientèles et des directions

Direction des soins infirmiers

La Direction des soins infirmiers est une direction conseil qui a pour mandat la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers. Pour assumer sa fonction, la DSI exerce les responsabilités inhérentes aux domaines suivants :

- la qualité des soins infirmiers et la gestion des risques et des plaintes;
- les règles de soins;
- les compétences cliniques;
- l'enseignement à la recherche;
- les effectifs en soins infirmiers
- le soutien au CII et au CIIA;
- l'organisation des soins infirmiers.

Cette direction assure la gestion des services ambulatoires tels que la médecine de jour incluant l'oncologie, les maladies chroniques et les soins infirmiers courants (secteurs CLSC de Matane), et ce, dans une perspective d'accessibilité et de continuité ainsi que d'amélioration continue de la qualité.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- Dans le cadre du processus d'accréditation avec Agrément Canada, la Direction des soins infirmiers a poursuivi ces activités pour l'application des différentes pratiques organisationnelles requises et normes telles que pour la prévention des chutes, la prévention et le traitement des plaies, et ce, dans un souci d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins et des services.
- Participation à l'élaboration d'un projet de guichet d'accès qui a permis de réviser les trajectoires en fonction des critères d'accès spécifiques pour l'accessibilité aux services en médecine de jour incluant l'oncologie, les maladies chroniques et les soins infirmiers courants.
- Révision du continuum de services en maladies chroniques.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Implication active et collaboration à la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers avec la Direction des ressources humaines et développement organisationnel.

- Développement de stratégies pour l'attraction et la rétention du personnel :
  - Participation à la journée porte ouverte auprès des étudiants en soins infirmiers du Cégep de Matane en septembre 2012 et du CFP de Matane en février 2013 pour les infirmières auxiliaires et les PAB;
  - Planification d'activités avec l'ensemble des étudiants en soins infirmiers pour entretenir des liens et développer un sentiment d'appartenance;
  - Conciliation travail-études pour les infirmières;

- Concrétisation d'une démarche avec l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) : projet de décentralisation du baccalauréat en sciences infirmières dans la MRC de La Matanie pour l'automne 2013.

- Participation à l'évaluation et au suivi infirmiers(ères) et infirmiers(ères) auxiliaires avec les gestionnaires.

- Programme de soutien clinique comme l'externat, le mentorat et le préceptorat.

- Planification de formation afin de permettre le maintien, l'actualisation ou le développement des compétences du personnel infirmier et ainsi répondre à la norme professionnelle de formation continue.

- Planification de rencontres d'équipe.

- Dans le contexte de la pénurie des infirmières dans certains secteurs, sensibilisation à l'importance de revoir l'organisation du travail pour optimiser nos ressources tout en s'assurant d'offrir les soins et les services sécuritaires et de qualité à la population.

- Efforts pour créer et maintenir un environnement de travail sain et harmonieux qui favorise l'engagement et l'épanouissement personnel autant que professionnel pour l'ensemble des secteurs de pratique en soins infirmiers.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Implication et participation à titre conseil aux divers projets de l'organisation.
- Partenariat avec les maisons d'enseignement secondaire, collégial et universitaire.
- Représentativité du CIIA au sein de la commission infirmière régionale (CIR).
- Participation à la table régionale des directrices des soins infirmiers ainsi que la table régionale des besoins cliniques du Bas-St-Laurent.
- Participation au comité de coordination du GMF.
- Collaboration avec l'équipe régionale interdisciplinaire du programme de lutte contre le cancer.
- Collaboration avec l'Association du cancer de l'est du Québec (ACEQ) pour un projet de massothérapie en oncologie.
- Partenariat avec GlaxoSmithKline pour l'actualisation d'un projet avec le Service d'inhalothérapie et les médecins du GMF pour la prise en charge des usagers atteints de maladies chroniques telles l'asthme et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Des équipes qui relèvent des défis

La Direction des soins infirmiers maintient une collaboration constante avec le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le comité des infirmières et infirmières auxiliaires (CIIA).

Réactualisation de deux comités qui relèvent du CECII en lien avec la qualité de l'acte infirmier.

La Direction des soins infirmiers a un rôle-conseil et relève le défi de travailler en collaboration avec tous les gestionnaires en soins infirmiers qui sont des collaborateurs étroits dans l'accomplissement du mandat de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers.

Développement d'un projet d'optimisation des soins infirmiers courants en collaboration avec le gestionnaire au soutien à domicile.

Prévention et contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales est un dossier prioritaire à la Direction des soins infirmiers. La présence d'une infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections à temps complet correspond au ratio recommandé pour l'actualisation du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales.

Un comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales est fonctionnel et a pour mandat général de déterminer les objectifs du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales et déterminer les priorités d'action.

Un plan d'action qui découle de notre programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales nous a permis de cibler les activités prioritaires en lien avec les éléments suivants :

- ✓ la surveillance;
- ✓ les politiques, procédures et mesures de soutien en matière de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- ✓ l'éducation et la formation;
- ✓ la communication et l'information;
- ✓ la gestion des éclosions.

Faits saillants :

1. Quatre rencontres du comité de prévention et contrôle des infections ont eu lieu (mai, juin, septembre 2012 et février 2013) avec un taux de participation des membres à 77 %.

2. Le plan d'action relié à la structure et aux activités pour 2012-2013 a été complété et adopté par le comité de PCI. Le plan d'action touche les 5 volets suivants :

- Surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard des problèmes émergeants;
- Politiques, procédures et mesures de soutien en PCI;
- Formation et éducation;
- Communication et information;
- Gestion des éclosions.

3. Les objectifs et les activités reliés au plan d'action 2012-2013 du comité de PCI ont été évalués et les résultats obtenus sont connus et disponibles.

4. Une recommandation du comité de PCI a été faite à la Direction générale pour l'entretien des murs et (incluant la réparation et la peinture) des corridors où des soins sont prodigués ainsi que dans certaines chambres d'usagers/résidents, et ce, dès que possible et de façon récurrente.

5. Finalisation du dossier des fusils à biopsie concernant les procédures de nettoyage et de désinfection.

6. Résolution du dossier du vidéolaryngoscope. Obtention d'un vidéolaryngoscope immersible. Réception d'un avis professionnel régional avec les recommandations du CERDM concernant ce dispositif.

7. Dans un contexte de recrudescence de la coqueluche au Québec et au Bas-Saint-Laurent, plusieurs interventions ont été nécessaires et priorisées dans ce dossier.

8. Un soutien financier sera assuré par l'ASSS pour le déploiement du logiciel pour la surveillance des infections nosocomiales Nosokos.

9. La problématique de non-conformité de la désinfection des tonomètres est réglée à la clinique d'ophtalmologie.

10. Première participation à la Semaine nationale de la sécurité des patients.

11. Participation active au comité de résolution des zones grises :
    - inventaire des équipements et surfaces complété;
    - identification des zones grises complétée;
    - attribution et clarification des responsables de l'intégrité sanitaires faites à 95 %;
    - attribution et clarification de l'exécution des tâches sanitaires faites à 95 %;
    - rédaction des procédures d'entretien des zones grises complétée à environ 30 %.

La surveillance des infections nosocomiales est une activité qui fait partie du quotidien. Voici donc quelques données qui permettent un bilan comparatif des principales surveillances avec les années antérieures. Ces données démontrent que le nombre de cas d'origine nosocomiale est très peu élevé

Surveillance des infections nosocomiales comparatives

Infections	2012-2013 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale	2011-2012 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	17	4	12	3
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	1	0	0	0
Clostridium difficile (C.difficile)	16	3	18	5
Bactériémies à Staphylococcus Aureus	5	0	1	0
Bactériémies	49	1	44	0
Grippe saisonnière (influenza) (éclosions)	117 Éclosion CHSLD 1er étage : 20 déc. 2012 au 28 janvier 2013 2e étage : 21 déc. 2012 au 9 janv. 2013 2e étage : 23 janv. 2013 au 19 fév. 2013	0 (hôpital) 30 (CHSLD) 16 SAG résidents 3 SAG employés 5 SAG résidents 0 employé 5 SAG résidents 0 employé 1 cas noso RC	26 Éclosion CHSLD 1er étage : 3 au 20 mai 2011	0 (hôpital) 6 (CHSLD) 5 résidents 1 employé
Gastro-entérite (éclosions)	Éclosion hôpital 4e étage : 15- 28 fév. 2013 Éclosion CHSLD 1er+2e étage :17 avril- 7 mai 2012 IPF +RC : 14 -28 mai 2012 2e étage : 19 -28 fév. 2013	27 (hôpital) 10 usagers 17 employés 90 (CHSLD) 29 résidents 24 employés 15 résidents 4 employés 10 résidents 8 employés	 Éclosion CHSLD RC+IPF : 31 janv. - 13 fév. 2012	 17 (CHSLD) 10 résidents 7 employés

Services ambulatoires

Les services ambulatoires comprennent trois secteurs :

- ✓ la médecine de jour incluant l'oncologie;
- ✓ les maladies chroniques;
- ✓ les soins infirmiers courants (secteur CLSC de Matane).

Médecine de jour incluant l'oncologie

Voici différentes données statistiques démontrant le niveau d'activité/année financière dans ces secteurs.

Nombre d'usagers requérant différents suivis en oncologie par l'infirmière pivot		
2012-2013	2011-2012	2010-2011
247	245	216

Nombre de rencontres et de suivis téléphoniques par l'infirmière pivot 2012-2013	
Rencontres	Suivis téléphoniques
1 240	1 095

Nombre d'usagers réquérant des traitements d'oncologie	
2012-2013	2011-2012
91	92

Nombre de visites pour les traitements d'oncologie	
2012-2013	2011-2012
685	604

Nombre d'usagers requérant des soins en médecine de jour incluant l'oncologie		
2012-2013	2011-2012	2010-2011
521	474	498

Nombre d'interventions en médecine de jour incluant l'oncologie		
2012-2013	2011-2012	2010-2011
3 705	3 371	3 310

Secteur des maladies chroniques

Les services de première ligne en maladies chroniques dans notre MRC sont un dossier prioritaire.

Les infirmières cliniciennes, en collaboration avec les autres professionnels tels que la nutritionniste, la kinésiologue et l'inhalothérapeute ont poursuivi leurs interventions auprès de la clientèle en maladies chroniques comme en témoigne le tableau suivant :

Nombre de nouveaux cas référés en maladies chroniques		
	2012-2013	2011-2012
✓ Maladies cardio-vasculaires (MCV) stables et instables	175	137
✓ Diabète	247	247
✓ Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	99	61
✓ Asthme	87	56
✓ Rhumatologie	151	102
✓ Syndrome métabolique	87	44
✓ Centre d'abandon du tabagisme	17	12

Nombre total des interventions faites par l'équipe dédiée en maladies chroniques : infirmières cliniciennes, nutritionnistes, kinésiologue, inhalothérapeutes	
	2012-2013
✓ Maladies cardio-vasculaires (MCV) stables et instables	966
✓ Diabète	4 049
✓ Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)	745
✓ Asthme	177
✓ Rhumatologie	1 072
✓ Syndrome métabolique	310
✓ Centre d'abandon du tabagisme	72

Soins infirmiers courants (secteur CLSC de Matane)

Les interventions en soins infirmiers dispensées dans le secteur des soins courants ont subi une augmentation considérable qu'on peut associer à l'ouverture des soins infirmiers courants la fin de semaine ainsi que par l'application des nouveaux critères en soutien à domicile où la clientèle non-admissible est redirigée aux soins infirmiers courants.

2012-2013	2011-2012	2010-2011
6 458	5 270	5 711

Direction de la santé physique

La Direction de la santé physique s'adresse à la clientèle ambulatoire et hospitalisée requérant des services à l'hôpital.

Les secteurs desservis se répartissent ainsi :

- Urgence-soins intensifs, bloc opératoire-stérilisation, cliniques externes spécialisées;
- Unités de médecine-pédiatrie et chirurgie-obstétrique.

Des objectifs d'amélioration, d'accessibilité, de qualité et de continuité pour la clientèle motivent nos défis quotidiens.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au coeur de nos décisions

Urgence-soins intensifs :

- Suivi des cibles ministérielles.
- Amélioration des conditions de travail par la mise en place du projet d'horaire des 12 heures pour les infirmières.
- Repérage à l'urgence pour identifier les personnes à risque de perte d'autonomie.
- Comité interdisciplinaire en santé mentale fonctionnel.
- Exercice de pratique sur le code orange « Arrivée massive de blessés à l'urgence » favorisant la réalité vécue par la suite.
- Révision des modalités entourant la traumatologie.
- Élaboration d'ordonnances collectives.
- Intégration de l'agente administrative.

Années	2012-2013	2011-2012
Séjour moyen sur civière (heures)	8,26	9,6
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus (heures)	10,33	13,1
% séjour de 48 heures et plus	0,4	0,9
% séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0,6	1,9
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (heures)	7,65	7,0
% séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	0,56	0,4
Nombre d'usagers sur civière de plus de 48 heures	18	47

Cliniques externes spécialisées

- 21 054 visites : chirurgie - orthopédie - cryothérapie - oto-rhino-laryngologie - test allergie - ophtalmologie - pneumologie - médecine interne - rhumatologie - gynécologie.

Bloc opératoire – Stérilisation

- Élaboration d'une politique et procédure sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés en chirurgie afin d'assurer une gestion optimale de la liste d'attente en lien avec les normes et les suivis des cibles ministérielles.
- Planification et introduction d'équipements médicaux spécialisés.
- Analyse de l'organisation du travail.
- Révision des guides d'information transmis lors d'un appel pour chirurgie par le bureau d'admission.

Années	2012-2013	2011-2012
Chirurgie d'un jour (sans endoscopie)	411	528
Chirurgie avec hospitalisation	314	447
Prothèse totale de la hanche	18	25
Prothèse totale du genou	48	36
Endoscopie digestive (chirurgie d'un jour)	949	733
Endoscopie digestive (externe)	424	506

Unité de médecine-pédiatrie-gériatrie

- Réorganisation du travail incluant l'analyse des processus, révision des rôles-responsabilités-tâches des différents types d'emploi de l'unité.
- Coordination dans la planification des départs de la clientèle hospitalisée.
- Amélioration du processus d'admission sur les unités de soins.
- Développement d'outils en regard de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

Unité chirurgie-obstétrique

- Développement d'un salon d'allaitement grâce à une collaboration d'Opération Enfant-Soleil et de la Fondation de l'hôpital de Matane.
- Révision et intégration du suivi systématique PTG-PTH (prothèse totale du genou et prothèse totale de la hanche) en interdisciplinarité et complémentarité (durée moyenne de séjour de 10 à 5 jours).
- Poursuite du programme « AMPRO » (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) :
  - Module 2 « Travailler ensemble »;
  - Début du Module 3 « Modifier la culture ».
- Travaux pour la certification « Amis des bébés » (politique, formation, développement d'outils, etc.).
- Révision de tous les dépliants d'information en chirurgie et en orthopédie pour la clientèle.

Années	2012-2013	2011-2012
Nombre de naissances	173	225
Taux d'allaitement	58 %	60 %

- Révision des modes de fonctionnement en obstétrique.
- Amélioration des conditions de travail des infirmières par la mise en place d'un projet d'horaire de 12 heures pendant 6 mois.

De plus, la direction a travaillé sur :

- Le guichet d'accès : projet organisationnel touchant l'ensemble de l'organisation et visant le développement d'un service de première ligne et une voie d'accès des demandes pour notre population;
- La révision des trajectoires de services pour les secteurs de soins et services à notre clientèle;
- L'approche adaptée aux personnes âgées : cadre de référence intra-hospitalier, projet d'un programme de marche, amorce du comité d'implantation, etc.;
- Les descriptions de fonctions des assistantes du supérieur immédiat, des infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, agentes administratives, et ce, pour l'ensemble des secteurs de la direction;
- L'élaboration de différentes politiques et procédures.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Formation sur le code orange « arrivée massive des blessés à l'urgence ».
- Formation en traumatologie.
- Formation « AMPRO »; approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux.
- Démarche organisationnelle de *focus groups* : personnel ciblant des pistes d'amélioration de la qualité de vie au travail.
- Consolidation des rencontres régulières du personnel et des assistantes pour les secteurs urgence et bloc opératoire.

Une instance locale qui exerce un *leadership* en matière de partenariat

- Fondation de l'hôpital de Matane
- Opération Enfant-Soleil
- Grand Mc Don
- Agrément des hôpitaux
- Plan des mesures d'urgence : code orange
- Maisons d'enseignement secondaire, collégial et universitaire

Des équipes qui relèvent des défis

- Guichet d'accès
- Approche adaptée à la personne âgée à l'hôpital
- Projet de développement d'un service externe spécialisé pour la personne âgée

Statistiques

Hôpital de Matane

Statistiques hospitalières annuelles			2012-2013 1er avril 2012 au 31 mars 2013	2011-2012 1er avril 2011 au 31 mars 2012
Nombre de jours-présence :	▪	courte durée	◆ 12 567	13 501
Nombre de visites :	▪	urgence	22 255	23 278
	▪	consultations externes	31 835	31 401
Total des interventions au bloc opératoire :	▪	usagers	1 629	1 741
Endoscopie :	▪	nombre d'examens	1 679	1 479
Médecine de jour :	▪	usagers	1 520	1 662
	▪	jours-traitements	8 224	6 358
Nombre de procédures pondérées en laboratoires			1 343 286	1 139 780
Nombre d'unités techniques provinciales en électrophysiologie			◆ 131 467	133 691
Imagerie médicale :	▪	examens	29 202	32 465
(excluant tomodensitométrie)	▪	unités techniques provinciales	529 210	580 247
Tomodensitométrie :	▪	examens	5 283	5 245
	▪	unités techniques provinciales	114 167	114 350
Nombre d'unités techniques provinciales en inhalothérapie			291 701	287 303
Nombre de jours-traitements en physiothérapie (hôpital et CHSLD)			7 343	9 069
Nombre de jours-traitements en ergothérapie (hôpital et CHSLD)			1 953	1 768
Nombre de repas en alimentation (hôpital seulement)			◆ 68 276	74 188
Nombre de kilogrammes de linge lavé à la buanderie (hôpital et CHSLD)			348 290	324 141

Source : Rapport financier annuel (Formulaire AS-471)

◆ p. 2T AS-478

Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

L'année 2012-2013 a été marquée par différents projets visant à améliorer tant les infrastructures que les systèmes d'information. De plus, les résultats financiers sont à la hauteur des attentes, notre établissement ayant terminé l'exercice 2012-2013 avec un surplus de 542 683 $.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- Réalisation du plan de conservation et de fonctionnalité immobilière. Notre CSSS a inscrit en programmation budgétaire des projets totalisant 1 302 000 $. Des travaux ont été réalisés pour 1 866 583 $ incluant les années antérieures, visant à améliorer la sécurité et l'efficience de nos actifs immobiliers. Notons en autres :

  - Réfection de la dalle du réservoir d'huile;
  - Fin des travaux pour la salle des serveurs;
  - Réfection des toitures du secteur de l'approvisionnement;
  - Amélioration de la qualité de l'air au CLSC;
  - Renforcement du plancher des archives.

- Réalisation du plan de conservation des équipements médicaux et non médicaux. Nous avons investi en 2012-2013 un montant de 893 278 $ afin de remplacer nos équipements en fin de vie dans le but de maintenir notre offre de services à la population :

  - Appareil d'échographie en imagerie médicale;
  - Analyseur d'hématologie au laboratoire;
  - Analyseur de microbiologie au laboratoire;
  - Appareil d'ECG à l'urgence.

- Nous avons réalisé :

  - Des travaux d'optimisation dans le service d'hygiène et salubrité et des travaux d'attribution des zones grises de façon à augmenter la sécurité des usagers;
  - À la buanderie, nous avons réalisé des travaux d'optimisation de façon à améliorer nos processus et diminuer nos coûts de production;
  - Notons enfin l'implantation d'un système d'entretien préventif visant entre autres la sécurité de nos équipements.

Direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté

Programme et services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Cette direction a pour mandat d'offrir aux personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente des services d'hébergement de soins de longue durée et des services de soutien dans le milieu. Ces services s'adressent à toute personne qui présente une ou des incapacités temporaires ou permanentes dont la cause peut être physique, sociale ou psychologique et visent ainsi à assurer la qualité de vie des personnes, tout en favorisant leur maintien au sein de leur milieu de vie.

La réalisation de ce mandat au quotidien s'inscrit dans un axe de collaboration avec l'ensemble des équipes et des directions, notamment au plan de son processus d'Agrément et au plan de la prestation sécuritaire des soins et des services, et ce, dans un cadre d'amélioration constante et optimale de la qualité.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

Au cours de l'année 2012-2013, dans un cadre de changement organisationnel, cette direction a structuré au plan de son continuum de services en réseau intégré, un ensemble de conditions favorisant le maintien dans leur milieu de vie des personnes en perte d'autonomie soit :

- la réorganisation de l'offre de service de l'unité transitoire en réadaptation fonctionnelle dans une ressource privée;
- la réorganisation des lits de transition dans les ressources intermédiaires et en CHSLD pour les fins d'évaluation/orientation;
- l'élaboration et la mise en application d'une offre de service en collaboration avec les instances locales et régionales concernées, pour toutes clientèles en perte d'autonomie présentant des besoins spécifiques au plan comportemental;
- la structuration des mécanismes de coordination pour le processus d'hébergement et la révision de l'offre de service en place dans les ressources intermédiaires;
- la consolidation du partenariat, pour le bien-être de notre clientèle, en réalisant des rencontres d'échanges bimensuels entre les propriétaires des ressources intermédiaires, le coordonnateur et son équipe de professionnels dédiés;
- la poursuite des travaux dans le cadre du projet d'optimisation au programme de soutien à domicile favorisant l'accessibilité et la continuité des services;
- la poursuite du plan d'actualisation des lignes directrices régionales pour la réalisation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) afin d'atteindre la cible provinciale de 70 % d'ici 2 ans;

- l'amélioration de l'offre de service en soutien à domicile en réalisant 13 projets PAD-Approche révisée sous la supervision de l'Agence de la santé et des services sociaux du BSL : projet d'adaptation domiciliaire pour les personnes aux prises avec un handicap physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et personnes en perte d'autonomie avec profils gériatriques, la collaboration avec les directions concernées concernant l'actualisation du plan d'accès DI-DP-TED;

- l'actualisation du plan d'accès DI-DP-TED en collaboration avec les directions concernées;

- la poursuite des travaux avec les directions concernées pour l'élaboration d'un programme en soins palliatifs fonctionnel;

- l'implantation des mécanismes reliés à la mise en œuvre de la Loi sur la représentation des ressources (Loi 49);

- la poursuite de l'utilisation de l'outil de repérage Prisma7-repérage à l'urgence et lors des campagnes de vaccination massive (ex. : Influenza, etc.). Cet outil permet d'identifier les personnes en perte d'autonomie de modérée à grave et au besoin de les diriger au bon service dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans le réseau communautaire;

- l'élaboration et la réalisation du plan d'amélioration en suivi à la visite ministérielle en CHSLD mai 2012;

- la continuité de la collaboration avec la Fondation de l'Hôpital de Matane a permis l'achat d'équipements adaptés pour la clientèle du Centre de jour du CLSC et du CHSLD.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Collaborer avec les directions concernées aux processus de recrutement, de rétention et de mobilisation de la main-d'œuvre tant pour le secteur des soins infirmiers que pour celui des pratiques professionnelles.

- Collaborer au comité des horaires CSSS afin d'assurer une juste répartition des effectifs en soins infirmiers dans notre établissement.

- Favoriser le travail d'équipe interdisciplinaire, en actualisant la mise en place d'un comité d'organisation des services (COS) dans le secteur du soutien à domicile.

- Poursuivre la réorganisation du travail en soins infirmiers dans le programme de soutien à domicile (incluant les services de soins courants) dans les secteurs de Matane, Baie-des-Sables et de Les Méchins dans un cadre d'optimisation des ressources humaines et d'amélioration continue de la qualité de services.

- Poursuivre la réorganisation des charges de cas des équipes psychosociales du programme de soutien à domicile dans un souci de soutien clinique et de qualité de service.

- Collaborer avec les directions concernées à structurer l'offre de service des équipes de réadaptation dans le cadre de l'approche interdisciplinaire à la suite de la mise en œuvre du projet Catégorie IV.

- Consolider le travail des équipes pendant l'activité repas en CHSLD.

- Promouvoir et réaliser un comité de nutrition clinique en CHSLD en concertation avec les acteurs concernés qui a donné lieu à des actions structurées dans un cadre d'amélioration continue de la qualité.

- Collaborer avec les instances concernées à la création d'un comité des résidents pour la clientèle hébergée en CHSLD.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Réaliser avec un ensemble de partenaires municipaux, communautaires et institutionnels l'implantation de la table de concertation intersectorielle locale visant le vieillissement en santé de la communauté et l'ajustement de l'offre de service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, donnant lieu à un plan directeur et à des objectifs stratégiques.

- Participer au comité sur la maltraitance à Matane.

- Promouvoir l'activité « Apprendre à devenir vieux » auprès de la communauté par des rencontres de groupes cibles.

- Réaliser un partenariat entre le CSSS, la Commission scolaire des Monts-et-Marées et le Centre de soutien aux proches aidants Relais Santé, afin que ce dernier offre dans ses locaux le programme Coup de main : Programme « Coup de main 1 » et « Coup de main 2 » : deux séries d'ateliers différents pour soutenir les proches aidants.

Des équipes qui relèvent des défis

- Le Centre de jour du CLSC offre différentes formes de soutien aux personnes en perte d'autonomie demeurant à domicile ou en ressource institutionnelle par des activités de groupe en collaboration avec d'autres organismes communautaires soit : Les Services à domicile, le Transport adapté, le Centre d'action bénévole qui travaillent à la préparation d'activités diverses dans la communauté pour les personnes en perte d'autonomie.

- Assurer la continuité du service du Centre de jour à Matane provenant du secteur de Ste-Félicité pour la clientèle du mercredi en rendant les locaux du CHSLD disponibles.

- Poursuivre la réalisation du Programme PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique) en collaboration avec les services de réadaptation. Ce programme spécifique d'exercices s'inscrit dans une démarche de prévention des chutes auprès des aînés vivant à domicile.

- Poursuivre le soutien aux clientèles concernées par la référence au Programme FAPH : fonds d'aide aux personnes handicapées disponible par une demande de service au programme de maintien dans le milieu en CLSC.

- Référer au Programme d'adaptation domiciliaire en collaboration avec les partenaires municipaux, la Société d'habitation du Québec et les professionnels attitrés du CSSS afin de permettre aux personnes en perte d'autonomie d'avoir accès à un projet d'adaptation de leur domicile, favorisant le maintien de leur autonomie dans un cadre sécuritaire.

- Poursuivre la réalisation du programme en CHSLD comportant une série d'activités qui se réalisent quotidiennement visant à répondre aux besoins évolutifs de la personne hébergée en collaboration avec les équipes et les familles, soit : nutrition, hygiène, soutien à l'autonomie, bénévolat, loisirs, soins et services de santé et de réadaptation.

Programme et services communautaires

La Direction des programmes et services communautaires a la responsabilité d'offrir des services préventifs, curatifs et communautaires à la population de son territoire et plus particulièrement aux jeunes et à leurs familles ainsi qu'à toute personne aux prises avec des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, différents services plus spécifiques s'adressant aux enfants, aux jeunes et à leur famille sont disponibles. La direction assure également la gestion des services psychosociaux généraux pour toute la communauté débutant par l'accueil, l'analyse, l'orientation et la référence des demandes.

De ces rôles, la direction participe au sein du CSSS à favoriser la primauté de la personne au cœur de ses préoccupations et au centre de ses décisions. En lien avec cette grande mission de première ligne, plusieurs programmes ont été mis en place en lien aussi avec nos collaborateurs externes.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions

Services famille enfance jeunesse

- Stabilisation des effectifs professionnels pour l'équipe jeunesse
- Participation à la phase d'appropriation du programme d'intervention en négligence « Entrain »
- Relance du comité local MELS-MSSS (ministère Éducation des loisirs et du sport, ministère de la Santé et des Services sociaux)
- Outils promotionnels des services
- Élaboration *Optimisation des services nursing et sociaux* à l'inscription prénatale
- Collaboration au comité régional en Chantier langage
- Déploiement du Programme Anna et la mer (programme d'intervention auprès des enfants 6-12 ans dont le parent a un diagnostic de santé mentale)

- Maintien des activités de masse en santé dentaire. Participation d'un projet de recherche en santé dentaire au primaire

Services adultes

- Intégration du programme Alcochoix
- Clarification du rôle de l'infirmière en santé mentale
- Intégration du modèle Émergent constituant les services de premières lignes de la clientèle desservie auparavant par le Centre de réadaptation de la déficience intellectuelle
- Déploiement de la Clinique jeunesse au Cégep de Matane
- Expérimentation d'une approche de groupe au service de psychologie adulte
- Dépistage de masse en ITSS pour les jeunes de 15 à 24 ans
- Dépôt d'un projet d'optimisation visant la réorganisation des services psychosociaux au ministère de la Santé
- Révision du Plan local en santé publique
- Maintien des activités de vaccination de masse

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Implication des employés dans la contribution des cibles établies par l'entente de gestion.
- Création d'un comité de pairs pour travailler la mobilisation du personnel et ainsi favoriser un climat de travail harmonieux.
- Implication des employés dans les projets d'optimisation Guichet d'accès.
- Participation des employés au plan de développement des compétences selon le plan de formation établi.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Implication aux tables de concertation locales :
  - Table de concertation en santé mentale et dépendances;
  - COSMOSS 0-5 ans;
  - COSMOSS Hypersexualisation/Intimidation;
  - COSMOSS Saines habitudes de vie;
  - Table en violence;
  - Participation aux tables locales et régionales de concertation.

- Renouvellement de nos ententes avec les partenaires (Cuisine collective, Centre Action bénévole, Parent d'abord).

- Participation active au comité local périnatalité médicale :
  - Harmonisation des services;
  - Optimisation de la communication entre les services pour le bénéfice des parents;
  - Poursuite du travail visant l'obtention « Initiative Amis des Bébés » (IAB).

- Élaboration avec les partenaires du réseau intégré de la trajectoire de services en dépendances, intégrant les mécanismes d'accès locaux.

- Implication interne à l'arrimage des corridors de services psychosociaux des usagers fréquentant l'urgence.

Des équipes qui relèvent des défis

- Collaboration aux objectifs liés au processus d'Agrément et aux ententes de gestion.

- Participation à une recherche en santé dentaire au primaire.

- Mobilisation du personnel dans le processus d'intégration éventuel d'un guichet d'accès.

- Contribution active dans la révision de l'offre de service en santé mentale incluant la diminution du temps d'attente, l'ajout d'une approche de groupe en jeunesse et en adulte.

- Participation par intérêt à la démarche du « focus groups » afin d'améliorer le climat de travail.

STATISTIQUES

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Nombre de PI-PII-PSI (plan d'intervention, plan d'intervention intégré et plan de service intégré)			2021	463
Nombre moyen d'interventions par jour			1,7	

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services médicaux courants : • Clinique jeunesse	336	562	343	655
• Activité de groupe : Santé scolaire	19	26/524 présences	18	235

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
• Services Planning-MTS-SIDA-IVG	128	159	131	169
• Cons. médicales au CLSC et en points de services	944	2780	243	425

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'usagers	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services psychosociaux AEOI :				
• Demandes de services	1812	2219	1616	2159
• Services psycho éducation JEF			110	390
• Services psychosociaux JF (6-18 ans)	293	925	237	1363
• Services psychosociaux scolaires				
• Services psychosociaux adultes (18 +)	310	1282	214	1874
• Psychoéducation (Groupe Anna et la mer)	2	4/21 présences	5	34

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Santé parentale/infantile (0-5 ans) :				
• Périnatalité - Soins infirmiers	523	2155	382	1263
• Périnatalité - Services psychosociaux	112	702	377	2122
• Activités de groupes	13	41/911 présences	10	868
• Programme Intervention précoce	99	852	135	1115

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services de santé dentaire	559	853	713	1032
• Activités de groupe Santé dentaire	52	52/611 présences	25	686

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services spécialisés • Orthophonie (suivi individuel)	114	358	152	1272
• Activités de groupe Orthophonie	24	135/494 présences	8 groupes	79
• Ergothérapie (suivi individuel)	147	794	134	679
• Activités de groupe Ergothérapie	19	89/361 présences	4 groupes	23 participants

Années	2011-2012			
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Service Planning-MTS-SIDA-IVG	650	1049	651	1028
Activités groupe ITSS-SIDA			5	106 participants

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Service de vaccination : • Vaccination 0-5 ans	635	1303	633	1301
• Voyageurs	550	748	456	613
• Antigrippale	3691	3738	3656	3686
• Vaccination rég. milieu scolaire	390	839	423	834
• Adultes, travailleurs, autres	388	553	569	750

Années	2011-2012		2012-2013	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
• Service de psychologie adulte			57	339
• Programme SEPPSÉ	27	119	18	47
• Programme SIV	54	1032	51	561
• Service groupe SIV	6	36/448 présences	19	428

Statistiques

Foyer d'Accueil de Matane (Centre d'hébergement)

Statistiques occupationnelles		2012-2013 1er avril 2012 au 31 mars 2013	2011-2012 1er avril 2011 au 31 mars 2012
Nombre de places :	▪ CHSLD	106	106
	▪ ressources intermédiaires	60	60
Jours-présence :	▪ CHSLD	38 423	38 222
Jours rétribués :	▪ ressources intermédiaires	21 495	21 103
	▪ ressources de type familial	1 866	5 707
Taux d'occupation (%) :	▪ CHSLD	99	99
	▪ ressources intermédiaires	98	96

Autres statistiques	2012-2013 1er avril 2012 au 31 mars 2013	2011-2012 1er avril 2011 au 31 mars 2012
Nombre de repas en alimentation	139 835	136 838

Source : Rapport financier annuel (Formulaire AS-471)

Statistiques

CSSS de Matane (Maintien à domicile)

Années	2011-2012		2012-2013	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Accueil maintien à domicile Demandes de services	680	1117	668	1101
• Soins à domicile (incluant RI)	1099	12156	885	10 201
• Aide à domicile	354	9459	379	10 193
• Psychosociaux à domicile (incluant RI)	603	4430	514	4275
• Ergothérapie & physiothérapie à domicile	541	3163	713	3504
• Centre de jour	140	1950	107	2107

Années	2010-2011		2011-2012	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
ACTIVITÉS DE GROUPE				
• Ergo - Physio. à domicile	4	40 (467 prés.)	4	4 (104)
• Centre de jour	10	703 (11148 prés.)	9	712 (10 164)

Direction des services professionnels et hospitaliers

La Direction des services professionnels et hospitaliers s'assure de la qualité dans les services professionnels à dispenser autres que les soins infirmiers. De par son rôle-conseil, il consiste à garantir une surveillance de la qualité de l'acte de ses professionnels et de ses services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques (imagerie médicale, laboratoires et inhalothérapie) couvrant l'ensemble des centres d'activité.

Enfin, cette direction assure la gestion des lits, les transferts et transports interétablissements, le recrutement médical, les corridors de services médicaux, la coordination médicale de la clientèle vulnérable orpheline, tout en étant répondante pour l'établissement dans les dossiers du Curateur public. Elle apporte également du support envers le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, et du Département de médecine qui inclut particulièrement les services d'urgence, d'obstétrique, de tournée hospitalière, de gériatrie et de médecine interne.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- Partenariat avec l'équipe PPALV afin d'améliorer la durée moyenne de séjour (DMS), les 24 heures et les moins de 48 h à l'urgence dans le but d'atteindre les cibles de l'entente de gestion.
- Renouvellement de l'accréditation en mammographie à la suite de l'inspection faite par l'Office professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ).
- Accessibilité accrue à la liste de la clientèle orpheline (presque tous les usagers inscrits ont été rejoints et ont été priorisés).
- Requêtes d'échographie protocolées par le radiologiste pour la priorisation des demandes (optimisation des listes d'attente).
- Examens de mammographie faits en soirée afin de diminuer la liste d'attente (selon disponibilité du personnel).
- Remplacement d'équipements en imagerie et aux laboratoires (diminution des risques pour le personnel et des déchets biologiques).
- Rénovation complète des locaux de la pharmacie afin de se conformer aux nouvelles normes concernant les préparations magistrales stériles.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Développement des compétences afin d'assurer la pérennité des secteurs d'activité spécialisés en imagerie médicale.
- Rencontres d'équipe.
- Externat et mentorat pour le Service des laboratoires.
- Implication avec la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO) pour la Journée Carrière (recrutement).
- Recrutement d'une pharmacienne pour combler le 4e poste vacant en pharmacie depuis 5 ans.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Partenariat avec le Groupe de médecine familiale (GMF).
- Partenariat avec la *Coopérative de santé des gens d'ici*.
- Partenariat avec le *CSSS du Grand-Portage* (Rivière-du-Loup) pour la lecture des mammographies et en radiologie.
- Entente de service avec le CSSS de La Mitis pour le partage d'une pharmacienne à temps partiel.
- Maintien des services en oncologie avec le support du CSSS Rimouski-Neigette malgré la fermeture des hottes durant les travaux de rénovations.
- Implantation d'une ensacheuse automatisée pour la courte et la longue durée du CSSS de Matane et ensachage des médicaments de longue durée des CSSS de La Mitis et de la Matapédia par entente de service.

Des équipes qui relèvent des défis

- Renouvellement de l'accréditation en mammographie.
- Diminution des listes d'attente en échographie et en radioscopie.
- Amorcer les préparatifs pour le remplacement du tomodensitomètre.
- Remplacement de la radioscopie mobile pour la salle d'opération.
- Recrutement de personnel qualifié.
- Amélioration constante des objectifs ministériels de diminuer la durée moyenne de séjour et de diminuer les 24 heures et les 48 heures à l'urgence.
- Assurer la coordination médicale de la clientèle orpheline et d'améliorer l'accessibilité à un médecin de famille un service de 1re ligne nécessaire.
- Recrutement médical demeure la priorité de la direction.
- Réorganisation du poste en orthopédie suite à la retraite du médecin.
- Collaboration étroite avec le CMDP et les départements de médecine, de chirurgie et de radiologie.
- Assurer la coordination administrative des stages en région des étudiants, externes et résidents en médecine.
- Augmenter la participation des pharmaciens aux différentes équipes interdisciplinaires avec l'arrivée de la 4e pharmacienne.
- Encadrer de façon plus formelle l'organisation du travail à l'ensacheuse et en oncologie afin de se conformer aux normes de pratiques émises par l'Ordre des pharmaciens du Québec.
- Implanter la technologie du code à barres pour la vérification des premières doses afin d'améliorer davantage la sécurité du processus de distribution de médicaments.

Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions

- S'implique activement à la mobilisation du personnel et à l'amélioration du climat de travail en collaboration avec les gestionnaires et les instances syndicales;
- Participe à l'optimisation de différents services, la buanderie, l'activité repas en CHSLD, l'implantation du guichet d'accès, la réorganisation psychosociale, etc. Contribue de façon significative aux projets d'optimisation régionaux tels :
  - La paie régionalisée;
  - Les frais juridiques régionaux;
  - La santé et sécurité au travail pour tous les établissements du Bas-St-Laurent.
- Maintient un programme structuré de développement des compétences du personnel en lien avec la responsabilité de l'établissement en termes de sécurité et de qualité des soins et services.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Collabore avec les instances syndicales à l'élaboration d'un plan de formation faisant partie intégrante d'un plan de développement des ressources humaines pour l'ensemble de son personnel.
- Gère de façon efficiente et proactive l'absentéisme et la présence au travail.
- Assure une accessibilité et une disponibilité de l'ensemble de l'équipe des ressources humaines.

Une instance locale qui exerce un *leadership* en matière de partenariat

- Encourage un partenariat patronal-syndical dans plusieurs dossiers d'organisation du travail.
- Accentue sa visibilité auprès de ses partenaires des ressources humaines de la région de Matane.
- Assure un *leadership* et collabore à plusieurs projets régionaux en partenariat avec les autres établissements de la région.

Des équipes qui relèvent des défis

- Communique une image positive de l'établissement dans différents événements promotionnels et de recrutement.
- Coordonne le recrutement d'une main-d'œuvre de qualité dotée de valeurs compatibles à celles véhiculées dans l'organisation.
- Contribue à l'amélioration des conditions d'exercice de son personnel par la mise en place de mesures favorisant notamment la diminution du temps supplémentaire, l'augmentation de son taux de rétention et la diminution de son taux d'absentéisme.
- Revoit son fonctionnement interne et optimise les activités de remplacement.

Le CSSS de Matane en chiffre

Effectifs	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Personnes à temps complet	248	262	265
Personnes à temps partiel	228	208	208
Personnes à statut temporaire	122	134	111
Personnel d'encadrement	24	25	23
Total	622	629	607

Tableau des équivalences temps complet (ETC)

Effectifs	2012-2013
Personnel à temps partiel (ETC)	163.03
Personnel à statut temporaire (ETC) (132 636.34 heures effectuées par cette catégorie de personnel)	68.02

Au 31 mars 2013, il n'y avait aucun employé salarié en sécurité d'emploi. Il y avait un gestionnaire en stabilité d'emploi.

Pour la période du 1er avril 2012 au 31 mars 2013, la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel et ses collaborateurs ont procédé à l'embauche de 49 nouvelles ressources, incluant 5 réembauches.

Portrait général des ressources humaines 2012-2013

Personnel	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Médecins	(1)33	(2)33	(3)30
Personnel infirmier, de soins de santé et d'assistance	314	321	297
Infirmières	*144*	*145*	*144*
Inhalothérapeutes	*6*	*5*	*6*
Infirmières auxiliaires	*52*	*52*	*49*
Préposés aux bénéficiaires (incluant préposés composés)	*98*	*(4)106*	*86*
Auxiliaires de santé et services sociaux	*14*	*13*	*12*
Intervenants psychosociaux	34	35	35
Intervenants d'autres disciplines	72	74	80
Personnel administratif	86	83	83
Personnel de soutien technique	92	92	89
Personnel d'encadrement	24	25	23
Total	**655**	**663**	**637**

(1) inclus 5 médecins spécialistes.
(2) inclus 6 médecins spécialistes.
(3) inclus 7 médecins spécialistes.
(4) inclus les embauches d'étudiants dues à la grève dans les établissements collégiaux de la région.

Services de réadaptation en réseau intégré

Depuis septembre 2012 au CSSS de Matane, les services de réadaptation (autre que jeunesse) sont dispensés en réseau de services intégré, pour optimiser l'accessibilité de ses services, la continuité de ces derniers, l'efficience dans la prestation de soins et de services. Ce faisant par :

- Une gestion coordonnée de l'ensemble des ressources humaines rattachées aux services de la réadaptation de l'établissement;
- Une organisation de services dispensée sous l'angle du modèle clinique de hiérarchisation de services : le bon service, au bon moment, au bon endroit, par le bon intervenant;
- Une coordination et gestion des demandes dans une perspective de réseau intégré, de priorité de clientèle et d'une meilleure répartition du travail par un comité d'organisation de services réadaptation (COSR) à l'ensemble de la clientèle à desservir : SAD, santé physique (ambulatoire et hospitalisée), l'hébergement.

N.B La clientèle pédiatrique en physiothérapie est incluse à cette offre de service.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions

Optimisation des services de réadaptation en réseau intégré

- Participation au comité d'organisation des services (SAD)
- Participation au comité de l'équipe multidisciplinaire d'intervention précoce (ÉMIP)
- Détermination des trajectoires des demandes de services pour les clientèles SAD/RI/UTRF
- Évaluation des usagers sur la liste d'attente clientèle SAD en physiothérapie
- Priorisation des clientèles hospitalisée et externe selon des critères cliniques
- Consolidation du comité d'organisation de services réadaptation
- Participation à la révision du cheminement clinique physiothérapie/ergothérapie du programme clientèle PTG-PTH

- Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Réunions d'équipe aux 8 semaines
- Rencontres individuelles
- Rencontres par secteurs d'activités
- Supervision clinique hebdomadaire auprès des professionnels du service de la réadaptation
- Une gestion clinico-administrative
- Promotion de la compétence par des activités de transfert des connaissances entre pairs
- Recrutement d'une physiothérapeute
- Projets mentorat préceptorat en physiothérapie et en ergothérapie
- Accueil d'une stagiaire thérapeute en réadaptation de 8 semaines

Une instance locale qui exerce un *leadership* en matière de partenariat

- Participation au projet guichet d'accès
- Implication dans les travaux du comité pour la clientèle gériatrique hospitalisée et externe
- Participation au projet régional du programme PAD révisé
- Partenariat au programme PAD, comité d'aide à l'hygiène, programme FAPH
- Participation aux équipes inter CHSLD
- Participation aux équipes RI et UTRF
- Partenariat avec la liaison SAD
- Partenariat avec l'équipe de la clinique neuro développementale

Une équipe qui relève des défis

Le principal enjeu en regard de la centralisation de ses services en réseau intégré a consisté d'améliorer l'accessibilité de ses services par une coordination clinico-administrative permettant une vue d'ensemble de toute la clientèle référée et selon une priorisation clinique tenant compte de l'ensemble des secteurs d'activités.

Voici les résultats significatifs selon les données statistiques 2012-2013

Physiothérapie Hôpital-CHSLD	2012-2013	2011-2012
Nb de jours-traitements	7 570	9 069
Nb de références reçues	1 008	1112
Nb d'usagers traités	1 147	1 126

Ergothérapie Hôpital-CHSLD	2012-2013	2011-2012
Nb de jours-traitements	1 230	1 010
Nb de références reçues	300	315
Nb d'usagers traités	369	309

Source : SiRéapt

Physiothérapie CLSC	2012-2013	2011-2012
Nb d'usagers	118	84
Nb d'int. et activités	720	911

Physiothérapie RI	2012-2013	2011-2012
Nb d'usagers	23	9
Nb d'int. et activités	113	27

Ergothérapie CLSC	2012-2013	2011-2012
Nb d'usagers	490	551
Nb d'int. et activités	1 805	2 225

Ergothérapie RI	2012-2013	2011-2012
Nb d'usagers	48	7
Nb d'int. et activités	218	8

Ergothérapie PAD/SHQ	2012-2013	2011-2012
Nb d'usagers	50	
Nb d'int. et activités	403	

Source : I CLSC

Chapitre 3

Pages financières

Les états financiers du CSSS de Matane ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de Matane reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Directrice générale

Directeur des ressources financières

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Matane

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus accumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et services sociaux de Matane pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2013.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Matane.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Matane pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion sans réserve indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Matane au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 13 juin 2013, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le Centre de santé et de services sociaux de Matane à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de santé et de services sociaux de Matane et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Raymond Chabot Grant Thornton, SENCRL

Matane
Le 13 juin 2013

CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A110699

EXTRAIT DES ÉTATS FINANCIERS

Les renseignements suivants sont extraits du rapport financier AS-471 dont une copie est accessible sur notre site internet.

Voir annexe 1

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonnes 5,6 et 7 : R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Non respect des Normes comptables canadiennes pour le secteur public pour la comptabilisation des passifs afférents aux droits parentaux et à l'assurance salaire	2011-2012	R	Corrections effectuées	R		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
(Les minutes de dictées)CA7536. Compilation inadéquate.	2011-2012	R	Aucune	NR		
(L'usager) CA6710. Compilation inadéquate.	2011-2012	R	Aucune	NR		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
		SO				
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Éléments demandés par l'agence suite à l'analyse des états financiers n'ont pas fait l'objet de corrections.	2011-2012	C	Corrections effectuées	R		
Comptabilisation de l'amortissement	2011-2012	C	Aucune	NR		

Rapport à la gouvernance				
Fonctions incompatibles	2011-2012	C	Aucune	NR
Dans la politique d'achat et de gestion contractuelle, certaines procédures et tâches prévues n'ont pas été suivies.	2011-2012	C	Corrections effectuées	R
Politique d'achat et de gestion contractuelle manquant de précision	2011-2012	C	Aucune	NR
Politique de capitalisation des immobilisations non respectée	2011-2012	C	Capitalisation au moment adéquat	PR
Démarcation inadéquate des projets de construction	2011-2012	C	Attention particulière à la comptabilisation des passifs courus	R
Registre permanent des immobilisations non implantées	2011-2012	C	Aucune	NR
Vérification et approbation des rapports périodiques de compilation statistiques	2011-2012	C	Aucune	NR
Fonction de surveillance des plaintes des parties prenantes concernant la comptabilité et la présentation de l'information financière	2011-2012	C	Aucune	NR
Absence de politique pour les écritures de journal	2011-2012	C	Aucune	NR
Absence de procédures pour la vérification des journaux d'incidents en sécurité des actifs informationnels	2011-2012	C	Aucune	NR

Chapitre 4

Conseil d'administration et ses comités

Il nous fait plaisir de vous présenter les administrateurs qui siègent au sein des différents collèges électoraux, depuis les élections de l'automne 2011. Le nouveau conseil d'administration a amorcé son mandat le 1er février 2012, et ce, pour une durée de quatre ans.

Collèges électoraux et de désignation

Population :	Michel CÔTÉ Ginette DORÉ
Comité des usagers :	Louiselle RICHARD Micheline VERREAULT
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) :	Renée GAGNON
Conseil des infirmières et infirmiers (CII) :	Marie-Claude VERREAULT
Conseil multidisciplinaire (CM) :	Laurent VACHON (poste vacant)
Personnel non clinique :	Diane LÉTOURNEAU
Fondation :	Jean-Charles CARON
Agence de la santé et des services Sociaux du Bas-Saint-Laurent :	Lucie LAPOINTE Line ROSS
Cooptation :	Olivier BANVILLE Jean-François CARON Chantal LEBLANC Jean NAZAIR Louis PELLETIER Jacinthe SAVARD
Directrice générale et secrétaire :	Nicole MORIN

Le comité de gouvernance et d'éthique

Président :	Olivier BANVILLE, président
Substitut :	Michel CÔTÉ
Membres :	Louis PELLETIER
	Lucie LAPOINTE
	Nicole MORIN

Le comité de vigilance et de la qualité

Président :	Louis PELLETIER
Membres :	Jacques DESCHÊNES, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
	Nicole MORIN, directrice générale
	Jean NAZAIR
	Jacinthe SAVARD
	Micheline VERREAULT

Le comité de vérification

Président :	Jean-Charles CARON
Membres :	Jean-François CARON
	Michel CÔTÉ
	Louis PELLETIER

Le comité administratif

Président :	Louis PELLETIER
Membres :	Chantal LEBLANC
	Line ROSS
	Nicole MORIN

Le comité de révision des plaintes

Président :	Chantal LEBLANC, vice-présidente
Membres :	Marie-Ève BERGERON, M. D.
	Renée GAGNON, M. D.

Le comité d'évaluation du directeur général

Président :	Louis PELLETIER
Administrateur :	Line ROSS
Administrateur :	Jean-Charles CARON

Le comité d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Président :	Louis PELLETIER
Administrateur :	Jean-Charles CARON
Administrateur :	Jacinthe SAVARD

Les gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux de Matane

Le symbole (♦) après le nom du gestionnaire vous informe qu'il fait partie du comité de direction.

Directrice générale	Nicole MORIN
Directeur des ressources financières et informationnelles ♦	Pierre DUCASSE
Directeur des ressources techniques par intérim ♦	François DUBÉ
Directeur des ressources humaines et du développement organisationnel ♦	Luc GUILBEAULT
Directrice des services professionnels et hospitaliers ♦	Annie LAVOIE, M. D.
Directeur des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté ♦	Poste vacant
Directrice des soins infirmiers ♦	Danielle SAVARD
Directrice de la santé physique ♦	Esther OTIS
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Jacques DESCHÊNES

COORDONNATEURS ADMINISTRATIFS

Conseiller en gestion des ressources humaines	Wayne GRANT
Conseiller SST	Yannick Raymond
Coordonnatrice des services financiers	Julie DUMOUCHEL-DESCHÊNES
Coordonnateur des services alimentaires, nutrition clinique et hygiène et salubrité	Christian OUELLET
Coordonnatrice des services aux clientèles hospitalisées	Jocelyne RIOUX
Coordonnatrice des services ambulatoires	Louise GAGNÉ
Coordonnateur du maintien dans le milieu	Réald LANGLAIS
Coordonnatrice des services d'hébergement	Luce CHAMBERLAND
Responsable de la qualité et coordonnatrice des services de réadaptation	Lise ROSS
Coordonnateur des services diagnostiques et adjoint à la DSPH	Michel CARIGNAN
Coordonnatrice des services de réception, archives médicales, données cliniques	Isabelle OUELLET
Adjointe à la direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté	Julie SUTTON
Conseillère clinique des services psychosociaux	Thérèse GAGNÉ
Cadre en stabilité	Anne SAUMURE
Responsable aux communications (contractuel)	Robert PELLETIER

Chapitre 5

Rapport des conseils et des comités

Comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières – CECII

1. Composition :
   Les membres du CECII se sont réunis à six reprises pour des rencontres ordinaires et une fois pour une rencontre extraordinaire, les 6 avril 2012, 30 avril 2012, 6 juin 2012, 10 octobre 2012, 28 novembre 2012, 16 janvier 2013 et 6 mars 2013.

   Tel qu'il a été convenu dans les modifications apportées au règlement sur la régie interne du CII, les élections se tiennent maintenant au printemps. À l'automne 2012, aucune élection ne s'est tenue car les mandats d'Annick Gagné, Esthel Poulin et Frédéric Paquet ont été prolongés jusqu'aux prochaines élections, soit au printemps 2013.

   Donc, à compter d'avril 2012, les membres du CECII sont :

   Katia Tremblay, présidente (CHSLD)
   Frédéric Paquet, vice-président (hôpital)
   Josée Dubé, secrétaire (hôpital)
   Julie-Anne Desjardins, déléguée aux communications (hôpital)
   Annick Gagné, conseillère (CHSLD)
   Esthel Poulin, conseillère (CLSC)
   Marthe Fournier, présidente CECIIA
   Nathalie Jomphe, déléguée CECIIA

   À partir de novembre 2012, Annick Gagné est nommée secrétaire et France Legendre accepte de représenter le CLSC en remplacement d'Esthel Poulin maintenant retraitée. Après avoir reçu la démission de Josée Dubé en janvier 2013, Marie-Claude Verreault se propose pour terminer son mandat qui prendra fin au printemps 2014.

   Mme Danielle Savard, Directrice des soins infirmiers et Mme Nicole Morin, Directrice générale, siègent également au sein de ce comité.

   Les deux conseillers cliniques en soins infirmiers, Mme Nancy Larue et M. Claude Dufresne sont invités à chaque réunion depuis leur nomination.

2. Mandat :
   Le mandat du CECII est d'apprécier de manière générale, la qualité des actes infirmiers au CSSS de Matane, en formulant des recommandations au conseil d'administration concernant la qualité et la sécurité des soins, les règles de soins infirmiers et les ordonnances collectives, l'évaluation et le

maintien de la compétence infirmière et tout autre dossier confié par la Direction générale, le conseil d'administration et/ou la Direction des soins infirmiers.

Cette année, les objectifs visés par notre plan d'action-CII 2012-2013 sont :

1. Réactiver les deux sous-comités suivants :
   - Comité de maintien et promotion de la compétence;
   - Comité d'appréciation de la qualité des actes infirmiers (CAQAI).

2. Établir une alliance avec le comité multidisciplinaire (CM) pour le projet : ***Diffuser notre expertise ici et ailleurs***.

3. Poursuivre le plan d'amélioration de la qualité de l'exercice infirmier de l'OIIQ.

4. Cibler une situation clinique à améliorer à la suite du rapport d'inspection de l'OIIQ.

3. **Bilan des activités :**

3.1 Présentation par M. Robert Pelletier du projet : ***Diffuser notre expertise ici et ailleurs*** dans le but d'organiser des dîners-conférences par le CM et le CII.

3.2 Rencontre avec M^me^ Marie-Claude Verreault, infirmière de l'urgence, qui nous formule ses inquiétudes et ses préoccupations face :

- au manque de support et d'accueil accordés aux nouveaux employés (CEPI, infirmières, externes et infirmières auxiliaires recyclées) dans la période printanière et estivale;
- aux gestionnaires de garde qui ne connaissent pas toujours bien les réalités du travail et des départements;
- au plan de contingence à l'été qui n'a pas été optimisé au maximum;
- au nombre important d'infirmières d'agences privées à l'urgence rendant l'équipe de soins insécure;
- aux membres du personnel déplacés vers d'autres départements sans être remplacés causant des problèmes ailleurs comme par exemple au maintien à domicile où des visites à domicile doivent être reportées.

3.3 À la suite de ces constats, des mesures sont mises en place afin d'améliorer la situation pour la période estivale :
- jumelage avec mentor;
- révision du plan de contingence (appliqué en dernier recours);
- projet-pilote d'un coordonnateur aux activités la fin de semaine (du vendredi soir au lundi matin de juin 2012 à septembre 2012);
- recrutement du personnel;

- horaires comblés de juin à septembre pour ensuite voir les quarts de travail manquants et au besoin appliquer le plan de contingence.

3.4 Assemblée générale annuelle suivi du souper de l'infirmière le 10 mai 2012 au Restaurant Belle-Plage sous le thème : *Experts tous les jours*.

3.5 Lettre reçue du comité d'inspection professionnelle de l'OIIQ de janvier 2012 qui, à la suite de l'inspection de l'exercice collectif, constate une amélioration des résultats pour la majorité des objectifs et souligne la rigueur soutenue dans le suivi du plan d'amélioration, visant les situations cliniques suivantes : *Le client à risque de chute, le client ayant chuté* et le *PTI* (mai 2012).

3.6 Présentation du rapport annuel du CECII 2011-2012 au conseil d'administration par la présidente, Katia Tremblay, en juin 2012.

3.7 Élaboration du plan d'action CII 2012-2013.

3.8 Discussions sur les possibilités de formation dans la région pour les infirmières du CSSS afin de répondre aux 20 heures de formation par année exigées par l'OIIQ. Des démarches sont entreprises auprès de l'Ordre régional et auprès de l'UQAR par Danielle Savard, en juin 2012.

3.9 Rappel fait auprès des membres du comité de gestion de soins infirmiers par Danielle Savard sur l'importance de transmettre les ordonnances collectives aux ASI et aux infirmières des points de services comme il est indiqué dans l'algorithme pour l'élaboration et l'approbation d'une ordonnance collective.

3.10 Comité interdisciplinaire chutes-contentions débute ses activités le 6 juin 2012.

3.11 À la suite de la visite ministérielle au CHSLD, un rapport a été présenté au CECII par M^me^ Morin. Les thèmes abordés ont été l'accueil, l'activité des repas, les loisirs, la mobilisation des résidents, l'aspect clinique et la communication.

3.12 Nomination de M^me^ Marthe Fournier, présidente du CECIIA au sein de la commission infirmière régionale en janvier 2013.

3.13 Présentation aux membres du CECII du projet *Guichet d'accès* par M^me^ Morin.

3.14 Deux membres de l'équipe de soins de plaies soit Frédéric Paquet et Claude Dufresne ont participé à un congrès sur les soins de plaies complexes le 2 novembre 2012.

3.15 Ceux-ci ont le mandat de transmettre l'information reçue aux autres membres de l'équipe de soins de plaies.

3.16 Participation de Danielle Savard, Annick Gagné et Katia Tremblay au colloque du CII-CIR tenu à Mont-Joli en octobre 2012 (leadership infirmier, plate-forme Le Mistral).

3.17 Des modifications sont apportées à certaines ordonnances collectives et sont approuvées par le CECII :

-Initier le dépistage du virus de l'influenza. (Les infirmières auxiliaires sont autorisées sous la supervision d'une infirmière).
-Initier la contraception hormonale.
-Initier une culture de plaie par écouvillonnage.

3.18 Nouvelles ordonnances collectives approuvées par le CECII :
-Vérification des résultats de la formule sanguine en pré-chimiothérapie.
-Effectuer un débridement ou une scarification des tissus nécrotiques d'une plaie chronique.
-Critères de libération de la salle de réveil.
-Critères de libération de la clientèle en chirurgie d'un jour.
-Évaluer la médication des usagers en clinique préopératoire.
-Ajuster la glycémie des usagers diabétiques en clinique préopératoire.

3.19 Présentation par M^me^ Savard d'un document approuvé lors du comité conjoint OIIQ-OIIAQ portant sur le rôle de l'infirmière auxiliaire en lien avec les ordonnances collectives.

3.20 À la suite de la présentation des modifications proposées au plan d'organisation par M^me^ Morin, les membres du CECII rédigent une lettre de recommandations portant sur leurs préoccupations et leurs inquiétudes. Ces recommandations ont été ramenées au C. A. par M^me^ Morin.

3.21 Dans le but d'augmenter la visibilité du CECII, il y a une rotation des lieux de rencontres du CECII entre l'hôpital, le CLSC et le CHSLD.

3.22 L'algorithme des comités 2012-2013 qui relèvent du CII et des représentants qui siègent au sein de chacun de ces comités est présenté aux membres.

3.23 Le comité d'appréciation de la qualité des actes infirmiers et le comité de maintien et de promotion de la compétence ont débuté leurs activités en décembre 2012. Chaque comité a rédigé son plan d'action 2012-2013.

3.24 Présentation du plan de travail 2012-2014 de la table des directions de soins infirmiers de la région du Bas-St-Laurent par M^me^ Savard.

3.25 Le CECII se repositionne face aux soins reliés à la dialyse péritonéale et convient qu'il y aura un partage d'activités professionnelles avec l'infirmière auxiliaire, dans le contexte où des soins doivent être dispensés à un résident du CHSLD.

3.26 Autres comités où les membres du CII participent :
-comité de pharmacologie;
-comité gestion des risques;
-comité interdisciplinaire chutes-contentions;
-comité de soins de plaies;
-comité d'appréciation de la qualité des actes infirmiers;
-comité de maintien et de promotion de la compétence.

Autre :
-conseil d'administration : une infirmière représentante du Collège de désignation-CII.

3.27 Présentation par Danielle Savard d'un document portant sur les projets de réorganisation des soins de type « Lean Santé » dans lequel l'OIIQ se positionne face aux responsabilités de la DSI (chef de file des soins infirmiers) et du CII (instance consultative).

4 **Perspectives d'action pour la prochaine année :**

- Élaboration d'un plan d'action.
- Poursuite du plan d'action de l'OIIQ.
- Révision du rapport d'inspection de l'OIIQ en vue d'une priorisation des travaux.
- Identification de stratégies d'action à la suite du rapport émis par la gestion des risques.

La présidente, Katia Tremblay

Adopté au CECII : 29 avril 2013
Adopté à l'AGA du CII : 16 mai 2013
Adopté au conseil d'administration : 13 juin 2013

Comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires – CECIIA

Exécutif en place : Marthe Fournier, présidente (CHSLD), Nathalie Jomphe, vice-présidente (hôpital), Véronique Bérubé, démission en octobre 2012 (CHSLD), membre délégué Josée Bonenfant (terminera le mandat à Véronique Bérubé), secrétaire (CHSLD), membre délégué Marie-Josée Simard (CHSLD).

Lors de l'élection en octobre 2012, Marthe Fournier a été réélue et Marie-Josée Simard a été élue.

Les membres du CECIIA se sont réunis le 18 avril 2012, le 10 octobre 2012 et le 21 novembre 2012, 16 janvier 2013 et 6 mars 2013 en présence de la directrice des soins infirmiers, Danielle Savard.

Le mandat du comité exécutif (CECIIA) est d'apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmier(ère) auxiliaire, de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des personnes qui exercent cette profession dans l'établissement. Également, de faire des recommandations au comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers sur la distribution appropriée des soins dispensés.

Bilan d'activités

- Continuité de l'intégration des infirmiers(ères) auxiliaires dans différents milieux de soins : immunisation, clinique externe, salle d'observation à l'urgence, soins à domicile et en clinique d'endoscopie.
- Partage des activités professionnelles entre les infirmières et infirmières auxiliaires pour la dialyse péritonéale.
- Révision des activités professionnelles réservées à l'infirmière auxiliaire.
- Relance de la grille de co-évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière auxiliaire.
- Développement d'un outil de référence pour les infirmières auxiliaires.
- Distribution de certains documents à chaque membre du CECIIA.
- Règlement du CECIIA, plan d'action, procès-verbaux des comités et assemblée générale annuelle, activités réservées et code de déontologie.
- Élaboration d'un dépliant du CECIIA qui sera distribué à toutes les infirmières auxiliaires.
- Discussion sur le rôle de l'infirmière auxiliaire en lien avec les ordonnances collectives.
- Désignation d'une infirmière auxiliaire à la commission infirmière régionale.
- Participation d'une infirmière auxiliaire au comité de maintien et promotion de la compétence.
- Sensibilisation des infirmières auxiliaires à la formation continue (10 heures aux 2 ans).

- Présence active de 2 membres du CECIIA aux réunions du CECII.

- Poursuite des activités pour la thérapie IV pour les infirmières auxiliaires.

Perspectives d'action pour l'année 2013-2014

- Leaders dans l'évolution du rôle de l'infirmière auxiliaire au sein des équipes de soins.
- Élaboration d'un plan d'action.
- Sensibilisation à l'importance des infirmières auxiliaires dans différents milieux de soins.
- Déploiement du dépliant du CECIIA.
- Visibilité sur intranet.
- Formation continue.

De plus, nous demeurons ouverts à d'éventuels projets ou dossiers à traiter pour l'année 2013-2014.

En conclusion, l'année 2012-2013 aura permis de résoudre des points que le CECIIA avait à cœur. Ce fut un plaisir pour nous d'être impliquées dans des décisions de l'établissement par le CECIIA.

Avec la collaboration des membres du CECIIA :

Marthe Fournier, présidente
Nathalie Jomphe, vice-présidente
Josée Bonenfant, secrétaire
Marie-Josée Simard, membre délégué

Adopté au CECII : 29 avril 2013
Adopté à l'AGA du CIIA : 2 mai 2013
Adopté à l'AGA du CII : 16 mai 2013

Comité de prévention et contrôle des infections - PCI

Les membres du comité de prévention et contrôle des infections sont :

- D Pascale Fournier, médecin responsable en prévention et contrôle des infections (de retour en septembre 2012)
- D Charles Drouin, médecin responsable en prévention et contrôle des infections, par intérim (avril 2012 à août 2012)
- D Francine Tourangeau, médecin microbiologiste
- Solange Caron, infirmière CLSC
- Clémence Caillouette, coord. adm. serv. diagnostiques
- Louise Gagné, responsable bloc opératoire-stérilisation
- Annick Gagné, infirmière ASI CHSLD
- Nicole Morin, directrice générale
- Isabelle Ouellet, infirmière hôpital
- Marie-Ève Martin St-Pierre, infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections
- Yannick Raymond, responsable du Service de santé et sécurité au travail
- Lise Ross, responsable de la gestion des risques
- Christian Ouellet, responsable de l'hygiène et salubrité
- Jacky Tremblay, pharmacien

Il est à noter que la directrice des soins infirmiers, M^me^ Danielle Savard, a assisté à titre d'invitée à toutes les rencontres du comité de PCI.

Mandat :

Le mandat général du comité de PCI est de déterminer les objectifs du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales et de déterminer les priorités d'action.

De façon plus spécifique, le mandat du comité est :

- d'élaborer et de mettre à jour le programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- de réviser annuellement les objectifs et les priorités en matière d'infections nosocomiales, de les présenter au directeur général puis après consultation des instances, au conseil d'administration pour adoption;
- d'agir sur les facteurs de risque associés aux infections nosocomiales;
- de recommander les politiques et procédures en matière d'infections nosocomiales et de protection du personnel;
- de prendre connaissance et de diffuser un état de situation des principales infections nosocomiales dans l'établissement;
- de maintenir une vigie à l'égard des infections émergentes dans la communauté.

Faits saillants :

1. Quatre rencontres du comité de prévention et contrôle des infections ont eu lieu (mai, juin, septembre 2012 et février 2013) avec un taux de participation des membres à 77 %.

2. Le plan d'action relié à la structure et aux activités pour 2012-2013 a été complété et adopté par le comité de PCI. Le plan d'action touche les 5 volets suivants :

   - Surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard des problèmes émergeants;
   - Politiques, procédures et mesures de soutien en PCI;
   - Formation et éducation;
   - Communication et information;
   - Gestion des éclosions.

3. Les objectifs et les activités reliés au plan d'action 2012-2013 du comité de PCI ont été évalués et les résultats obtenus sont connus et disponibles.

4. Une recommandation du comité de PCI a été faite à la Direction générale pour l'entretien des murs et (incluant la réparation et la peinture) des corridors où des soins sont prodigués ainsi que dans certaines chambres d'usagers/résidents, et ce, dès que possible et de façon récurrente.

5. Finalisation du dossier des fusils à biopsie concernant les procédures de nettoyage et de désinfection.

6. Résolution du dossier du vidéolaryngoscope. Obtention d'un vidéolaryngoscope immersible. Réception d'un avis professionnel régional avec les recommandations du CERDM concernant ce dispositif.

7. Dans un contexte de recrudescence de la coqueluche au Québec et au Bas-Saint-Laurent, plusieurs interventions ont été nécessaires et *priorisées* dans ce dossier.

8. Un soutien financier sera assuré par l'ASSS pour le déploiement du logiciel pour la surveillance des infections nosocomiales Nosokos.

9. La problématique de non-conformité de la désinfection des tonomètres est réglée à la clinique d'ophtalmologie.

10. Première participation à la *Semaine nationale de la sécurité des patients*.

11. Participation active au comité de résolution des zones grises :

    - inventaire des équipements et surfaces complété;
    - identification des zones grises complétée;
    - attribution et clarification des responsables de l'intégrité sanitaires faites à 95 %;
    - attribution et clarification de l'exécution des tâches sanitaires faites à 95 %;
    - rédaction des procédures d'entretien des zones grises complétée à environ 30 %.

12. Sept éclosions sont survenues et ont été traitées en priorité sur les nombreuses activités de prévention et contrôle des infections pour 2012-2013 :

- Gastro-entérite (Norovirus) 1er étage et 2e étage du CHSLD (17 avril au 7 mai 2012);
- Gastro-entérite (Norovirus) IPF et rez-de-chaussée du CHSLD (14 mai au 28 mai 2012);
- Gastro-entérite (Norovirus) 4e étage de l'hôpital (15 au 28 février 2013);
- Gastro-entérite (Norovirus) 2e étage du CHSLD (19 février au 28 février 2013);
- Grippe saisonnière 1er étage du CHSLD (20 décembre 2012 au 28 janvier 2013);
- Grippe saisonnière 2e étage du CHSLD (21 décembre 2012 au 9 janvier 2013);
- SAG 2e étage du CHSLD (23 janvier 2013 au 19 février 2013).

Surveillance des infections nosocomiales comparatives

Infections	2012-2013 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale	2011-2012 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	17	4	12	3
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	1	0	0	0
Clostridium difficile (C.difficile)	16	3	18	5
Bactériémies à Staphylococcus Aureus	5	0	1	0
Bactériémies	49	1	44	0
Grippe saisonnière (influenza) (éclosions)	117 Éclosion CHSLD 1re étage : 20 déc. 2012 au 28 janvier 2013 2e étage : 21 déc. 2012 au 9 janv. 2013 2e étage : 23 janv. 2013 au 19 fév. 2013	0 (hôpital) 30 (CHSLD) 16 SAG résidents 3 SAG employés 5 SAG résidents 0 employé 5 SAG résidents 0 employé 1 cas noso RC	26 Éclosion CHSLD 1re étage : 3 au 20 mai 2011	0 (hôpital) 6 (CHSLD) 5 résidents 1 employé
Gastro-entérite (éclosions)	Éclosion hôpital 4e étage : 15- 28 fév. 2013 Éclosion CHSLD 1re+2e étage :17 avril-7 mai 2012 IPF +RC : 14 -28 mai 2012 2e étage : 19 -28 fév. 2013	27 (hôpital) 10 usagers 17 employés 90 (CHSLD) 29 résidents 24 employés 15 résidents 4 employés 10 résidents 8 employés	Éclosion CHSLD RC+IPF : 31 janv. - 13 fév. 2012	17 (CHSLD) 10 résidents 7 employés

Adopté au comité de PCI : 8 avril 2013
Entériné au conseil d'administration : 13 juin 2013

Conseil multidisciplinaire – CM

1. Composition du conseil :

   Le conseil multidisciplinaire du CSSS de Matane se compose de :
   - 122 membres;
   - 23 catégories de profession représentant un total de 11 ordres professionnels différents et 3 associations professionnelles;
   - 4 catégories de profession unique.

2. Composition du comité exécutif :

   - M^me^ Dany Caron, physiothérapeute, présidente
   - M^me^ Julie Sutton, adjointe à la Direction des programmes et des services communautaires aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté
   - M^me^ Josée Ménard, archiviste médicale, secrétaire
   - M^me^ Linda Bernier, hygiéniste dentaire, administratrice (démission le 13 juin 2012)
   - M^me^ Geneviève Proulx, technologue et assistante-chef en imagerie médicale, administratrice
   - M^me^ Lise Ross, responsable de la qualité et coordonnatrice des Services de réadaptation, personne désignée
   - M^me^ Nicole Morin, directrice générale

3. Mandat général :

   Mandat du conseil multidisciplinaire envers le C. A. et la directrice générale : Faire des avis et recommandations portant sur l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle multidisciplinaire, sur la distribution appropriée des soins et des services, sur l'organisation scientifique et technique et sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des membres (art. 226 à 230 LSSS).

4. Mandats ou objectifs spécifiques :

   - Soutenir la représentativité professionnelle multidisciplinaire;
   - Élaborer un plan de communication sur les mandats et les rôles du CM;
   - Développer un espace CM sur le site intranet du CSSS;
   - Participer au projet des midi-conférences ;
   - Créer un comité maintien et promotion de la compétence (CMPC);
   - Élaborer des recommandations sur les modalités d'attribution des formations aux membres du CM.

5. Bilan des activités :

5.1 Nombre de réunions du comité exécutif : 5 rencontres aver un taux de participation de 6 officiers.

5.2 Nombre des réunions des comités suivants :

5.2.1 Comité de travail du CECM : 5 rencontres avec 4 représentantes
5.2.2 Comité de maintien et promotion de la compétence (CMPC) : 2 rencontres
5.2.3 Comité de gestion des risques : 4 rencontres avec 1 représentante
5.2.4 Comité de prévention et contrôle des infections : 2 rencontres avec 1 représentante
5.2.5 Comité projet loi 21 : 4 rencontres
5.2.6 Comité projet midi-conférences : 1 rencontre avec 2 représentants

5.3 Avis :

Commentaires du comité de travail du conseil multidisciplinaire déposés le 27 novembre 2012 à M. Luc Guilbault, Directeur des ressources humaines et du développement organisationnel concernant :

Politique Gestion des stages de formation

Préambule, objectifs, champ d'application : Nous sommes en accord avec les écrits.

Principes directeurs : P 3 Le CSSS de Matane soutient les gestionnaires et les membres de son personnel dans la planification et la réalisation d'activités de stages en assurant les conditions optimales à une supervision de qualité : Le comité de travail s'est questionné sur la définition des conditions optimales. À cet égard, nous vous proposons l'énumération de certaines conditions optimales et sécuritaires :

- Libération de temps pour le superviseur;
- Révision de la charge de cas du superviseur;
- Reconnaissance du temps supplémentaire du superviseur;
- Équipements mis à la disposition du stagiaire dès son arrivée (bureau de travail, ordinateur...).

Rôles et responsabilités

Les gestionnaires :

À ajouter :

- Identifie un superviseur ou des superviseurs pour chacun des stagiaires selon le secteur d'activité;
- Accueille et facilite l'intégration du stagiaire dans l'établissement et assure la mise en place des conditions matérielles nécessaires à la réalisation du stage;

- S'assure que les conditions optimales soient octroyées au superviseur.

Le superviseur de stage

Commentaires :

Étant donné qu'il a la responsabilité d'offrir une supervision individuelle au stagiaire, nous proposons un aménagement de son horaire de travail en vue de bien répondre à ce niveau de responsabilité. Il doit accueillir et faciliter l'intégration du stagiaire dans le service en cours tandis que la mise en place des conditions matérielles devrait être à notre avis, sous la responsabilité de l'établissement.

Procédure de gestion des stages :

Nous sommes en accord avec les énoncés, l'item qui nous questionne concerne la rémunération des stages lorsqu'applicable. Nous souhaiterions une identification claire de ces stages, est-ce seulement pour les étudiants en médecine? D'autre part, nous vous proposons d'effectuer une distinction entre des stages de formation et des projets étudiants de type mentorat-préceptorat, sont-ils inclus dans cette procédure de gestion de stage?

Pour la reconnaissance des superviseurs de stage, le comité de travail du CECM est d'avis que vous devriez ajouter :

- la reconnaissance du temps supplémentaire;
- faciliter la formation des superviseurs par les maisons d'enseignement;
- l'identification des montants exacts alloués au superviseur;
- un certificat de reconnaissance accompagné d'une lettre de la direction générale demeure un élément essentiel dans la reconnaissance des employés qui se distinguent de par leur implication auprès des étudiants.

6. **Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année :**

- Politique et procédure de gestion des stages : Certaines propositions du CM ont été retenues notamment celles concernant :
- Rôles des gestionnaires;
- Reconnaissance des superviseurs de stage.
- Élaboration d'un dépliant sur les mandats et les rôles du conseil multidisciplinaire.
- Participation active au projet des midi-conférences.
- Présentation des rôles professionnels d'un ergothérapeute et d'un physiothérapeute concernant la prévention des chutes dans le cadre de la semaine de prestation sécuritaire des soins en octobre 2012.
- Suivi des travaux du projet de loi 21.
- Formation du comité maintien et promotion de la compétence.

7. **Perspectives d'action pour la prochaine année :**

- Poursuivre notre représentativité au niveau des comités en place;
- Poursuivre notre implication dans le projet des midi-conférences dans le but de s'investir davantage dans la pratique collaborative interprofessionnelle;
- S'assurer d'une présence régulière auprès des membres du CM par le biais d'articles au journal « La Passerelle »;
- S'assurer que les recommandations des comités de pairs en réadaptation soient divulguées aux membres du CM;
- Présenter aux gestionnaires des rôles et mandats du CM;
- Établir des règles de fonctionnement permettant la libération d'heures pour les élus en collaboration avec l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ);
- Poursuivre les travaux du CMPC sur le plan de formation (plan d'action et recommandations);
- Participer au processus d'agrément 2014.

8. **Conclusion**

Certains changements organisationnels au cours de l'année 2012-2013 nous ont permis de faire le point sur notre identité et notre place au sein du CSSS de Matane. Nous avons par cet exercice, constaté que nous occupons une place privilégiée au plan d'organisation 2012-2015 et nous en sommes très reconnaissants. Les prochains défis seront entre autres une visibilité accrue auprès des professionnels pour mieux partager ce que nous sommes et accroître notre contribution collective dans des soins et des services de qualité à dispenser, un partage des connaissances et une valorisation de l'approche collaborative interprofessionnelle.

Je souligne le travail essentiel de mes collègues, leur précieuse collaboration et le souci constant d'une représentativité multidisciplinaire qui se transporte lors des décisions organisationnelles. Je tiens à remercier notre personne désignée, M^me^ Lise Ross, responsable de la qualité par son expérience et son implication ainsi que M^me^ Nicole Morin, Directrice générale pour sa participation, son écoute et ses conseils.

Dany Caron, assistante-chef physiothérapeute
Présidente du Conseil multidisciplinaire du CSSS de Matane

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel 2012-2013 du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de Matane.

1. COMPOSITION DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est composé de 32 membres actifs et associés comprenant des médecins omnipraticiens et spécialistes, des pharmaciens ainsi que plusieurs autres membres associés dispensant des soins dans notre établissement.

2. COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF :

Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est composé de cinq membres ainsi que de la directrice des services professionnels et hospitaliers et de la directrice générale :

- Dre Renée Gagnon, présidente;
- Dre Catherine Caron, vice-présidente;
- Dre Marie-Ève Bergeron, trésorière;
- Dre Kadjla Kadri;
- Dr William Élyabroudi;
- Dre Annie Lavoie, directrice des services professionnels et hospitaliers;
- Mme Nicole Morin, directrice générale.

Les chefs de département sont également invités :

- Dre Marie-Christine Rivest, chef du Département de médecine;
- Dr Claude Dufour, chef du Département de chirurgie et d'anesthésie,
- Dr Michel Rioux, chef du Département de radiologie;
- Mme Julie Lagacé, chef du Département de pharmacie.

3. MANDAT GÉNÉRAL DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :

- Le rôle du conseil envers le conseil d'administration :
- Apprécier et contrôler la qualité des actes;
- Évaluer et maintenir la compétence;
- Faire des recommandations sur les qualifications et compétences lors d'une demande de nomination;
- Donner son avis sur les mesures disciplinaires;
- Faire des recommandations sur les règles de soins et les règles d'utilisation des médicaments;
- Faire des recommandations sur les obligations rattachées aux privilèges;
- Élaborer les modalités de garde;
- Donner son avis sur l'organisation technique et scientifique du centre et les règles d'utilisation des ressources.

Le rôle du conseil envers la Direction générale est de donner son avis sur :

- La complémentarité des services entre les établissements de la région;
- L'organisation technique et scientifique;
- L'organisation médicale et la distribution appropriée des soins.

4. MANDATS OU OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU COURS DE L'ANNÉE

Les objectifs pour 2012-2013 étaient la relance et la restructuration du comité de l'évaluation de l'acte médical, au recrutement en pharmacie, en médecine générale, en spécialité et à la surveillance du bon déroulement de la restructuration du système d'admission à l'urgence.

5. BILAN DES ACTIVITÉS

Au cours de l'année 2012-2013, vous trouvez ci-dessous un tableau concernant les réunions, le nombre de rencontres et le pourcentage de participation :

Réunion de département	Nombre de réunions	Taux de participation
Assemblée générale du CMDP	3	62 %
Comité exécutif du CMDP	9	89 %
Département de médecine	4	60 %
Service d'urgence	3	75 %
Service de gériatrie	4	77 %
Comité de pharmacologie	3	47 %
Comité de l'évaluation de l'acte médical	3	85 %

En effet, en 2012-2013, les médecins du CSSS de Matane ont eu à composer avec une surcharge importante de travail étant donné le manque d'effectifs en raison de congés de maternité, de maladie et plus récemment du départ de trois médecins. Nous avons dû mettre l'accent sur les activités cliniques et les soins directs aux usagers/résidents. Le Département de chirurgie a tenu pour sa part quelques réunions.

Tout d'abord, le comité de l'évaluation de l'acte médical sous la présidence de la Dre Marie Bernard a réorganisé le comité et a établi un plan d'action tel qu'il a été recommandé par le Collège des médecins du Québec à la suite de leur visite d'inspection en juin 2011. Il y a eu trois réunions et les principaux points traités étaient : une étude par critère explicite sur l'usage des antibiotiques à l'urgence, la pharyngite, la sinusite et un projet d'ACV a été élaboré avec Dr Nadjla Kadri, interniste.

Le comité de pharmacologie a adopté des ordonnances collectives et des protocoles visant à faciliter l'utilisation des médicaments et à améliorer la sécurité des usagers/résidents.

En ce qui concerne le comité d'évaluation des titres, comme nous pratiquons dans un centre de petite taille et que le nombre de médecins est restreint, c'est le comité exécutif du CMDP qui s'acquitte de cette tâche. Plusieurs demandes de privilèges ont été analysées et adoptées.

Pour faire suite aux recommandations du Collège des médecins du Québec à la suite de leur visite d'inspection en juin 2011, plusieurs recommandations ont été réalisées, entre autres, la révision du règlement sur le délai accordé au médecin, au dentiste et au pharmacien ou aux membres du personnel clinique pour compléter le dossier d'un bénéficiaire après les derniers services fournis, le projet de guichet d'accès (triage avant l'inscription), la tenue des dossiers professionnels, la réorganisation du comité de l'évaluation de l'acte médical, etc.

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le Département de médecine ont également veillé au respect des obligations pouvant être rattachées à la jouissance des privilèges accordés aux membres. Par exemple, le respect des activités obligatoires selon le nombre d'années de pratique. Ils s'assurent également d'une répartition la plus équitable possible des différentes tâches à accomplir par les médecins.

Malheureusement, la situation des effectifs médicaux est très préoccupante. En mars 2012, le plan d'effectifs médicaux était de 25 sur 29 au 1er avril 2012 et de 22 sur 30 au 31 mars 2013. Nous avons eu trois départs : Dre Mélanie Fortin a quitté en mai 2012, Dre Annie Jauron en juin 2012 et Dre Catherine Maltais en octobre 2012. Par contre, Dr David St-Sauveur s'est ajouté à l'équipe médicale en janvier 2013. Donc, nous avons recours à des médecins dépanneurs afin de venir prêter main-forte à l'équipe médicale.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, le recrutement va de bon train. Les deux postes en anesthésie ont été comblés par Dr Jean-Luc Lemaître en octobre 2012 et Dr Jacques Samson en mars 2013.

Quant au recrutement en pharmacie, l'équipe en pharmacie sera comblée en septembre 2013 avec l'arrivée d'une quatrième pharmacienne. D'ici là, une entente de prêt de service d'une pharmacienne en raison d'une journée par semaine a été conclue entre le CSSS de la Matapédia, le CSSS de Matane et le CSSS de La Mitis.

6. RÉSULTATS OBTENUS DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES POUR 2012-2013

Le conseil a réalisé avec succès les objectifs prévus pour 2012-2013.

Le comité d'évaluation de l'acte médical, sous la présidence de la Dre Marie Bernard, a été relancé et restructuré.

Le Département de pharmacie a recruté une pharmacienne qui amorcera ses fonctions à temps complet à compter de septembre 2013.

Quant au recrutement en médecine générale, Dr David St-Sauveur occupe un poste depuis janvier 2013 et en spécialité, les deux postes en anesthésie sont comblés par Dr Jean-Luc Lemaître à compter d'octobre 2012 et par Dr Jacques Samson à compter de mars 2013.

En ce qui concerne la surveillance du bon déroulement de la restructuration du système d'admission à l'urgence, Dr Pierre-Luc Sylvain était le représentant médical pour le projet de guichet d'accès. Ce projet a aussi fait quelques discussions lors des réunions du conseil et devrait se concrétiser à l'automne 2013.

7. PERSPECTIVES D'ACTION POUR LA PROCHAINE ANNÉE 2013-2014

Pour l'année 2013-2014, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a pour objectifs les points suivants :

- Poursuivre le recrutement médical, car la situation demeure très préoccupante;
- Surveiller le bon déroulement de la restructuration du projet de guichet d'accès;
- Surveiller le bon déroulement de la restructuration du projet de gériatrie active.

D[re] Renée Gagnon, présidente

Recommandé par la présidente du CMDP, D[re] Renée Gagnon et sera adopté au CMDP le 19 juin 2013.

Comité de vigilance et de la qualité (CVQ)

Les membres du comité sont :

M^me^ Nicole Morin, directrice générale
Jacinthe Savard, administratrice au conseil d'administration
Micheline Verreault, administratrice désignée par le comité des usagers au conseil d'administration

MM. Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Jean Nazair, administrateur au conseil d'administration
Louis Pelletier, administrateur au conseil d'administration

Le comité s'est réuni à trois occasions au cours de l'année 2012-2013.

Les rapports déposés et analysés au comité de vigilance et de la qualité sont :

- Rapport d'Agrément Canada;
- Rapport sur la satisfaction de la clientèle;
- Rapport sur la mobilisation du personnel;
- Rapport sur la conformité des services aux besoins, aux attentes et aux droits des résidents;
- Rapport périodique du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services;
- Rapport périodique sur les incidents et accidents;
- Rapport sur la gestion des risques;
- Rapport sur la prévention et contrôle des infections;
- Rapport sur l'utilisation des contentions;
- Rapport du Protecteur du citoyen;
- Rapport du coroner;
- Rapport du Curateur public;
- Rapport de l'Office de la langue française.

Les suivis ont été effectués auprès des gestionnaires concernés dans un but commun d'améliorer la qualité et la sécurité dans les soins et les services à dispenser pour notre clientèle.

Les indicateurs utilisés par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ont été : les suivis des plaintes, le nombre de plaintes et le délai pour les suivis des recommandations de ce dernier.

Source : Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité, du 1^er^ avril 2011 au 31 mars 2012, par Louis Pelletier, président

Les rapports qui ont été analysés ont traité entre autres de :

- Présentation d'une analyse prospective;
- Présentation d'un événement sentinelle et la recommandation;
- Les statistiques du commissaire aux plaintes incluant l'objet de la demande et les mesures;
- Publication du registre national des incidents/accidents;
- Statistiques sur les types d'infection (hôpital-CHSLD-externe);
- Type de contention/isolement, nombre d'usagers/résidents;
- Processus de suivi des rapports du coroner entre les établissements et l'Agence de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent;
- Le rapport de la visite d'appréciation de l'implantation de l'approche milieu de vie en CHSLD;
- Preuves déposées à l'Office de la langue française;
- Réponse d'Agrément Canada à l'effet que l'établissement a répondu positivement à l'ensemble des Pratiques Organisationnelles Requises (POR);
- Gestion des risques; le nombre d'évènements par type d'événements.

Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration

Les membres du comité sont :

Mme Lucie Lapointe, administratrice au conseil d'administration
Nicole Morin, directrice générale
MM. Olivier Banville, administrateur au conseil d'administration
Louis Pelletier, administrateur au conseil d'administration

Le comité s'est réuni à trois occasions au cours de l'année 2012-2013.

À sa première année de fonctionnement, le comité de gouvernance et d'éthique a recommandé au conseil d'administration :

- Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique;
- Politique administrative *Évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration;*
- Politique administrative *Programme d'intégration et d'information des membres du conseil d'administration.*

Comité des usagers et des résidents

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel 2012-2013 du conseil d'administration du comité des usagers et des résidents du Centre d'hébergement de Matane.

Le conseil d'administration s'est réuni à 10 réunions régulières, 5 réunions spéciales et une rencontre extraordinaire soit un total de 16 rencontres. Nous avons traité, entre autres, les dossiers suivants :

- *Participation au colloque provincial du CPM en juin 2012*
- *Rencontre régionale des comités des usagers en août 2012 à Matane.*
- *Participation au colloque provincial du RPCU en septembre 2012*
- *Remise en opération du comité des résidents*

C'est en effet avec beaucoup de plaisir que nous vous présentons l'ensemble des activités accomplies au cours de l'année 2012-2013. Les droits et les intérêts des usagers ont été défendus afin de favoriser l'amélioration de leur condition de vie.

Composition du comité des usagers pour l'année 2012-2013

M^me^ Lise Ouellet, présidente
M^me^ Louiselle Richard, vice-présidente
M^me^ Lisette Gravel, secrétaire
M^me^ Micheline Verreault, trésorière

Composition du comité des résidents pour l'année 2012-2013

Carmen Pelletier, représentante sur le comité des usagers
Christine Desjardins, membre
Micheline Lévesque, membre
Lucille Normand, membre
Rose Ida Normand, membre

Le comité des résidents s'est réuni pour la première fois le 16 octobre 2012 au Centre d'hébergement de Matane.

Étaient présentes :
M^me^ Nicole Morin, directrice générale
Carmen Pelletier, membre
Christine Desjardins, membre
Micheline Lévesque, membre
Lucille Normand, membre
Rose Ida Normand, membre

Deux autres rencontres ont eu lieu depuis : 8 novembre 2012 et 7 février 2013.

Réalisations du comité en 2012-2013

Organisation de la rencontre régionale à Matane en août 2012 avec la participation de la Directrice générale du CSSS Matane, M^me^ Nicole Morin et 2 conférenciers, MM. Gabriel Dupuis du CPM et Jacques Deschênes, commissaire aux plaintes.

Participation au projet d'affichage numérique de quatre ans au CSSS de Matane.

Encart publicitaire annuellement dans l'Inter Guide.

Modification des encarts pour affichage thématique des Fêtes.

Distribution des calendriers 2013 dans les établissements du CSSS de Matane.

Objectifs 2013-2014 :

- Participation au colloque régional à Amqui en septembre 2013;
- Participation aux colloques provinciaux;
- Distribution dans les restaurants de Matane de napperons avec l'information pour les droits des usagers;
- Obtention d'un local assigné au comité des usagers avec le CHSLD;
- Projet pilote d'une ressource à temps partiel à l'automne 2013;
- Renouvellement des calendriers pour 2014 avec le concours « Offrez-nous une image de vous » en milieu de vie dans le système de santé du CSSS Matane.

Comité de gestion des risques

1. Composition du comité

Sylvie Bélanger, représentante du CM
Julie-Anne Desjardins, représentante du CECII
Pierre Ducasse, Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles
Micheline Verreault, représentante du comité des usagers
Nicole Morin, Directrice générale
Marie-Ève Martin-St-Pierre, infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections
Jacky Tremblay, pharmacien membre du comité de pharmacologie
Danielle Savard, Directrice des soins infirmiers
Lise Ross, gestionnaire de risques

2. Mandat général du comité

Assurer au conseil d'administration que les obligations de l'établissement en ce qui concerne la sécurité non seulement des usagers, mais aussi celle des employés, des médecins et des tiers sont remplies, que des mécanismes sont en place pour diminuer les risques d'accident causant des dommages et pour protéger les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles de l'établissement.

3. Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année :

1. Assurer le déploiement d'une culture de prestation sécuritaire des soins et des services;
2. Consolider le comité de gestion des risques;
3. Opérationnaliser le mandat du comité de gestion des risques;
4. Assurer la saisie des formulaires AH-223 selon les délais prescrits;
5. Rendre opérationnel le Référentiel sur les éléments de prestation sécuritaires des soins et des services aux usagers et aux résidents.

4. Bilan des activités :

4.1 Nombre de réunions du comité de gestion des risques et taux de participation :

N^bre^ 3 Taux de participation : 71 %

4.2 Principales causes des incidents et accidents :

- *Les principales causes des incidents et accidents sont les chutes (622 événements) et les médicaments (422 événements).*

Santé et Services sociaux Québec

001 - Nombre d'événements par type et par période

Établissement: CSSS DE MATANE

Exercice financier: 2012-2013

Périodes: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13

Types d'événements Autre,Bâtiment,Chute,Diète,Effet personnel,Equipement,Lié à l'usager,Matériel,Médicament,Non déterminé,Possibilité d'abus,Test diagnostique,Traitement,Transfusionnel

Regroupements Aucun,CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE,CLSC (Baie-des-Sables),CLSC (Les Méchins),CLSC DE MATANE,HOPITAL DE MATANE,RESSOURCES INTERMEDIAIRES

Période	Type												
	Autre	Bâtiment	Chute	Effet personnel	Equipement	Lié à l'usager	Matériel	Médicament	Possibilité d'abus	Test diagnostique	Traitement	Transfusionnel	Total
1	23		67	5			1	49	23	7	2		177
2	40	1	70	1	1	1	4	34	22	4	1		179
3	34		54	2			1	33	4	4	1		133
4	28	1	66	4	1		2	42	5	7			156
5	34		57	1		2		26	4	9			133
6	20		33	1	1	1	1	31	7	6	2		103
7	26		51	2	1	1	1	32	7	8	1		132
8	15		50	1	1		1	22	13	4	1		108
9	22		39			2	1	43	2	8			117
10	9		41					30	4	5	2		91
11	17		42				1	31	2	11	1		105
12	16		32		2	1		33	1	7	2	1	94
13	8		20					17	2	1	2		50
Total	294	2	622	17	7	8	13	422	96	81	15	1	1578

Temps d'exécution: 10 seconde(s)

© Gouvernement du Québec, 2008

Imprimé le 2013-04-18 à 10:28

Page 1 de 1

Santé et Services sociaux Québec

2012-2013

Evénement - Type	Médicament

Nombre de Evénement - No		Détails - Type										
Regroupement	Milieu de services - Nom	Autre	Entreposage	Erreur - Dose	Erreur - Erreur interceptée avant admin	Erreur - Heure administration/de prélèvement	Erreur - Identité de l'usager	Erreur - Nature du médicament/traitement/test	Erreur - Omission	Erreur - Voie d'administration/de prélèvement	Infiltration/Extravasation	Total général
HOPITAL	5e étage -CH	1	0	18	32	1	0	7	21	1	0	81
	Aucun	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Bloc opératoire	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Chirurgie d'un jour	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Imagerie médicale	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Laboratoire	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Médecine 4e étage	3	0	19	7	3	3	6	15	0	1	57
	Médecine de jour	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Pharmacie	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Salle de réveil	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	Salle d'observation-urgence	0	0	11	6	0	0	0	0	1	0	18
	unité soins intensifs	3	0	11	9	3	0	4	4	0	2	36
	urgence	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total HOPITAL		8	2	61	57	7	3	17	41	3	3	202
CHSLD	1er étage-CHSLD	4	0	16	13	10	2	5	36	0	0	86
	2e étage-CHSLD	4	1	15	19	0	1	1	31	0	0	72
	Rez-de-Chaussée CHSLD	4	0	8	6	1	1	1	23	1	0	45
Total CHSLD		12	1	39	38	11	4	7	90	1	0	203
51227627 - CLSC DE MATANE	Aucun	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Foyer Suzanne Lévesque	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Total 51227627 - CLSC DE MATANE		0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
RESS. INTER	HI RESIDENCE DES BATISSEURS	1	0	3	0	4	1	0	6	0	0	15
Total RESS. INTER		1	0	3	0	4	1	0	6	0	0	15
Total général		21	3	104	95	23	8	24	137	4	3	422

Santé et services sociaux Québec

2012-2013

Événement - Type	Chute								
Nombre de Événement - No		Détails - Type							
Regroupement	Milieu de services - Nom	Autre chute	Chute - Chaise fauteuil	Chute - Civière	Chute - En circulant	Chute - Lit	Chute - Quasi-chute	Chute - Trouvé par terre	Total général
CLSC DE MATANE	Aucun	0	0	0	1	0	0	0	1
	Centre de jour - CLSC Matane	0	0	0	1	0	0	0	1
	RI ROSE D'OR	0	1	0	1	0	0	8	10
Total CLSC DE MATANE		0	1	0	3	0	0	8	12
51227627 - CLSC DE MATANE	Aucun	0	0	0	1	0	0	0	1
	Centre de jour - CLSC Matane	0	0	0	1	0	0	0	1
	Immunisation CLSC Matane	0	1	0	0	0	0	0	1
Total 51227627 - CLSC DE MATANE		0	1	0	2	0	0	0	3
CLSC - Baie des Sables	Aucun	0	0	0	2	0	0	1	3
Total CLSC - Baie des Sables		0	0	0	2	0	0	1	3
Aucun	Aucun	0	1	0	1	0	0	0	2
Total Aucun		0	1	0	1	0	0	0	2
CHSLD	1er étage-CHSLD	2	9	0	17	2	8	66	104
	2e étage-CHSLD	1	11	0	11	0	2	87	112
	Lit prothétique ferme - CHSLD	0	0	0	0	0	0	1	1
	Rez-de-Chaussée CHSLD	2	10	0	39	2	8	133	194
	RI-Grand Maison	0	0	0	0	0	0	1	1
	RI-Pavillon de la Mer	0	0	0	0	0	0	1	1
	RI-Résidence des Sages	0	1	0	2	2	0	4	9
Total CHSLD		5	31	0	69	6	18	296	425

Événement - Type	Chute								
Nombre de Événement - No		Détails - Type							
Regroupement	Milieu de services - Nom	Autre chute	Chute - Chaise fauteuil	Chute - Civière	Chute - En circulant	Chute - Lit	Chute - Quasi-chute	Chute - Trouvé par terre	Total général
HOPITAL	5e étage -CH	0	1	0	3	0	1	13	18
	DRFT -Stationnement CH	0	0	0	1	0	0	0	1
	Imagerie médicale	0	0	0	1	0	1	0	2
	Laboratoire	1	0	0	0	0	0	0	1
	Médecine 4e étage	2	6	0	22	5	4	62	101
	Salle d'observation-urgence	1	2	2	1	3	0	6	15
	unité soins intensifs	0	0	0	0	0	0	2	2
	urgence	0	1	0	1	0	0	2	4
Total HOPITAL		4	10	2	29	8	6	85	144
RESSOURCES INTERMEDIAIRES	RI-RESIDENCE DES BATISSEURS	1	2	0	2	0	1	28	34
Total RESSOURCES INTERMEDIAIRES		1	2	0	2	0	1	28	34
Total général		13	46	2	108	14	22	419	624

Santé et Services sociaux Québec

Type d'événements "AUTRE" 2012-2013

Evénement - Type	Autre

Nombre de Evenement - No		Details - Type									
Regroupement	Milieu de services - Nom	Autre section F	Blessure d'origine inconnue	Délai/retard	Erreur liée au dossier	Lié au consentement	Lié aux contentions	Non-respect d'une procédure	Plaie de pression	Situation à risque	Total général
51227627 - CLSC DE MATANE	Aucun	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total 51227627 - CLSC DE MATANE		1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CLSC Les Méchins	Aucun	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total CLSC Les Méchins		0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
CHSLD	1er étage-CHSLD	25	39	0	0	0	0	1	1	8	74
	2e étage-CHSLD	18	28	0	0	0	1	1	0	21	69
	Rez-de-Chaussée CHSLD	14	33	0	0	0	0	0	0	6	53
	RI-Bon Séjour	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RI-Grand-Maison	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	RI-Résidence des Sages	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total CHSLD		60	100	0	0	0	1	2	1	35	199
HOPITAL	5e étage -CH	1	3	0	0	0	0	0	3	2	9
	Admission	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Aucun	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Bloc opératoire	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
	Imagerie médicale	5	0	0	0	0	0	8	0	2	15
	Laboratoire	2	0	10	3	0	0	3	0	0	18
	Médecine 4e étage	6	3	0	1	0	0	4	6	1	21
	Médecine de jour	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	Pharmacie	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	Salle d'observation-urgence	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3
	unité soins intensifs	6	1	0	1	0	0	2	3	1	14
	urgence	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3
Total HOPITAL		23	7	11	7	1	1	22	12	7	91
RESS. INTER	RI-RESIDENCE DES BATISSEURS	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Total RESS. INTER		1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Total général		85	108	11	7	1	2	24	14	42	294

4.3 Actions prises pour la surveillance de l'incidence des incidents et accidents et l'analyse des risques : *Une surveillance étroite a été apportée au formulaire AH-223 :*

- *Transmission de Rapports des incidents et accidents aux périodes 3, 7, 9, 13 et des bilans biannuelle des incidents/accidents aux comités Gestion des risques et au C.A.;*
- *Transmission de Rapports des incidents et accidents et suivi d'un événement sentinelle au comité de vigilance;*
- *Transmission de Rapports des incidents et accidents plus détaillés au comité prévention des chutes/contentions, à la coordonnatrice du CHSLD;*
- *Transmission de Rapports des incidents et accidents et des bilans biannuels des événements des incidents et accidents aux membres du comité de gestion.*

Collaboration de la gestionnaire des risques auprès de l'équipe AMPRO pour des activités d'analyse d'événements indésirables et prospective : analyse cause souche, analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) et un exercice de divulgation.

Présidence du comité ad hoc pour analyse de l'événement sentinelle 2260685
Participation à divers comités :
Comité de vigilance;
Comité zones grises;
Comité prévention et contrôle des infections;
Comité prévention des chutes/contentions;
Rencontres ponctuelles de soutien aux équipes ASI CHSLD;
Suivis ponctuels de différents événements indésirables (analyse sommaire et enquête).

4.4 Actions prises pour le suivi des événements sentinelles :

Présentation du suivi de l'événement 2460970 au comité de gestion des risques et au comité de vigilance.

4.5 Actions prises pour le suivi du soutien aux victimes et aux proches :

Mesures de soutien assurées à l'usager et à la famille à la suite de l'événement 2460970.

4.6 Actions prises pour la surveillance des infections nosocomiales et résultats de cette surveillance : Référence au rapport annuel sur la prévention et le contrôle des infections 2012-2013.

4.7 Indicateurs de suivi utilisés : Référence au rapport annuel sur la prévention et le contrôle des infections 2012-2013.

5. Perspectives *d'action pour la prochaine année :*

1. Supporter les équipes de travail à assurer une prestation sécuritaire des soins et des services auprès des usagers/résidents;

2. Assurer la saisie des formulaires AH-223 selon les délais prescrits;
3. S'assurer que le cadre référentiel sur les éléments de prestation sécuritaire des soins et des services aux usagers et aux résidents soit appliqué par les équipes de soins;
4. Assurer l'application des lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux en regard du *système d'information sur la sécurité des soins et des services*.

6. Recommandations :

Assurer une formation aux assistants du supérieur immédiat des différents centres d'activités autres que soins infirmiers

Former un comité ad hoc pour assurer une analyse des incidents/accidents reliés aux erreurs de médicaments pour les catégories erreur dose, erreur interceptée avant l'administration, erreur d'omission à partir de la période 10 de 2012-2013 et plus.

Chapitre 6

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de tout établissement public ou privé conventionné est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie qui doit être rendu accessible au public et être publié dans son rapport annuel.

Le conseil d'administration a révisé et adopté son code d'éthique et de déontologie le 16 septembre 2004. Une mise à jour de son code d'éthique et de déontologie a été faite en mars 2011.

Un comité d'éthique et de déontologie, composé de cinq membres du conseil d'administration, est constitué. En 2012-2013, aucun cas n'a été traité, aucun membre ne s'est retrouvé en conflit d'intérêts. Enfin, aucun manquement n'a été constaté durant l'année par cette instance disciplinaire.

Tel que le prévoit la loi citée précédemment, le *Code d'éthique et de déontologie* des membres du conseil d'administration est publié intégralement à la page suivante.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

   Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

2. CHAMPS D'APPLICATION

   À moins qu'il ne soit autrement spécifié, le présent code s'applique à tout administrateur au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

3. DÉFINITIONS

   - *Éthique :*
     - *Éthos :* du grec mœurs;
     - Science de la morale; art de diriger la conduite;
     - Se réfère à des valeurs plutôt qu'à des obligations; situe nos décisions d'agir par rapport aux valeurs que nous désirons mettre en pratique (George A. Legault, *Professionnalisme et délibération éthique*).
   - *Déontologie :*
     - *Deon, -ontos :* du grec devoir;
     - Ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier;
     - Désigne des règles, devoirs et obligations, ce qu'il faut faire.
   - *Conflit d'intérêts :* Situation où l'administrateur risque d'avoir à choisir entre son intérêt personnel et celui de l'établissement.

4. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

4.1 Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et de services sociaux.

4.2 Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.

4.3 Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil.

4.4 Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis.

4.5 Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

4.6 Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité.

4.7 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance.

4.8 Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.

4.9 La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération.

4.10 Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, des échanges et des discussions.

5. DEVOIRS SPÉCIFIQUES

5.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

5.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

5.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques lorsqu'il est autorisé à le faire. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.

5.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

5.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général.

5.6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue.

5.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement.

5.8 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

6. IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

6.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante.

6.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.

6.3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

6.4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

6.5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :

- est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent être défavorablement affectés,

- n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.

6.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

6.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.

6.8 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

7. RÉGIR OU INTERDIRE DES PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION DE CES PERSONNES

7.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

7.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

7.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

7.4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme à la suite d'un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

8. LES DEVOIRS ET LES OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

8.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil.

8.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

9. RÉGIME DE SANCTIONS

9.1 Tout manquement ou omission concernant une norme ou un devoir prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

9.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

9.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

9.4 Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

9.6 Le président ou le vice-président, en tenant compte des renseignements reçus et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

9.7 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les 30 jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

9.8 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

9.9 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation.

9.10 Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

10. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

10.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.

10.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

11. LA PUBLICITÉ DU CODE

11.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.

11.2 L'établissement doit indiquer dans son rapport annuel l'existence du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration.

11.3 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Adopté par le conseil d'administration le 16 septembre 2004
Mis à jour le 17 mars 2011

ANNEXE 1

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exploitation	Immobilisations	Total	
		Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	01	43,654,993	2,712,088	46,367,081	47,513,899
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	02				
Contributions des usagers	03	2,477,284	xxxx	2,477,284	2,505,424
Ventes de services et recouvrements	04	810,229	xxxx	810,229	328,699
Donations (FI:P294)	05	3,713	95,987	99,700	114,385
Revenus de placement (FI:P302)	06	13,322	3,780	17,102	22,449
Revenus de type commercial	07	40,889	xxxx	40,889	45,858
Gain sur disposition (FI:P302)	08				
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (FI:P302)	11	405,110	7,238	412,348	840,100
TOTAL (L.01 à L.11)	12	47,405,540	2,819,093	50,224,633	51,370,814
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	32,547,602	xxxx	32,547,602	32,663,336
Médicaments	14	1,793,172	xxxx	1,793,172	1,763,001
Produits sanguins	15	512,100	xxxx	512,100	415,447
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1,244,210	xxxx	1,244,210	1,215,718
Denrées alimentaires	17	538,120	xxxx	538,120	533,666
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	2,015,371	xxxx	2,015,371	2,083,566
Frais financiers (FI:P325)	19		845,314	845,314	1,290,358
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	1,220,686	1,036	1,221,722	763,904
Créances douteuses	21	7,668	xxxx	7,668	5,776
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	xxxx	2,298,301	2,298,301	2,267,193
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	xxxx	6,680	6,680	116,580
	25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (FI:P325)	27	6,641,098	6,812	6,647,910	6,572,991
TOTAL (L.13 à L.27)	28	46,520,027	3,158,143	49,678,170	49,692,136
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	885,513	(339,050)	546,463	1,678,678

Colonne 2: établissements publics seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		FONDS		TOTAL	
		Exploitation Ex. courant	Immobili. Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS.	01	523,844	880,606	1,404,450	(274,228)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser) Proj autof 2011-2012+modif FD1	03	(65,000)	(874,853)	(939,853)	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	04	458,844	5,753	464,597	(274,228)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	05	885,513	(339,050)	546,463	1,678,678
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser)	06				
Transferts interfonds (préciser)$ de Agence pr Fds 2+aut	07	(342,830)	342,830	0	
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	08		xxxx		
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Total des autres variations (L.06 à L.09)	10	(342,830)	342,830	0	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	1,001,527	9,533	1,011,060	1,404,450
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	xxxx	xxxx		
Affectations d'origine interne	13	xxxx	xxxx		
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	xxxx	xxxx	1,011,060	1,404,450
Total (L.12 à L.14)	15	xxxx	xxxx	1,011,060	1,404,450

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert bancaire) 01	864,817	719,030	1,583,847	1,034,966
Placements temporaires 02				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408) 03	3,057,770	152,823	3,210,593	3,200,094
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400) 04	641,124	22,686	663,810	709,358
..... 05	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Créances interfonds (dettes interfonds) 06	1,403,727	(1,403,727)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408) 07	4,083,614	(3,328,747)	754,867	1,780,183
Placements de portefeuilles 08				
Frais reportés liés aux dettes 09		90,770	90,770	33,219
..... 10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
..... 11	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p360, FI: p400) 12	15,088	792,103	807,191	882,671
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12) 13	10,066,140	(2,955,062)	7,111,078	7,640,491
PASSIFS				
Emprunts temporaires (FI: p403) 14		1,397,970	1,397,970	1,890,256
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408) 15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401) 16	4,319,120	1,430,705	5,749,825	5,009,784
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées 17	xxxx	1,650,414	1,650,414	141,693
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401) 18		152,823	152,823	393,735
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294) 19	1,741,070	720,139	2,461,209	2,256,887
..... 20	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403) 21		23,920,161	23,920,161	24,441,202
Passifs environnementaux 22	xxxx			
Passif au titre des avantages sociaux futurs 23	4,162,903		4,162,903	4,092,165
..... 24	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p361, FI: p401) 25	60,012		60,012	887,072
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25) 26	10,283,105	29,272,212	39,555,317	39,112,774
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26) 27	(216,965)	(32,227,274)	(32,444,239)	(31,472,283)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations (FI: p420, 421, 422) 28	xxxx	32,236,807	32,236,807	31,723,666
Stocks de fournitures (FE: p360) 29	849,572	xxxx	849,572	777,557
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400) 30	368,920		368,920	375,510
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30) 31	1,218,492	32,236,807	33,455,299	32,876,733
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT 32				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32) 33	1,001,527	9,533	1,011,060	1,404,450

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-05)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: établissements publics seulement
L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro
L.32 : applicable aux établissements privés seulement

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2013 — AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Fonds		Total	
		Exploitation 1	Immobilisations 2	Ex. courant (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	01	(629,221)	(30,843,061)	(31,472,284)	(32,559,147)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	03	(65,000)	(874,853)	(939,853)	
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	04	(694,221)	(31,717,914)	(32,412,137)	(32,559,147)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29)	05	885,513	(339,050)	546,463	1,678,678
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions (FI:P421)	06	XXXX	(2,819,621)	(2,819,621)	(2,854,125)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	07	XXXX	2,298,301	2,298,301	2,267,193
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	08	XXXX	6,680	6,680	116,580
Produits sur dispositions (FI:P208)	09	XXXX	1,500	1,500	1,500
Réduction de valeurs (FI:P420,421-00)	10	XXXX			
Ajustements des immobilisations (FI:P420, 421-00)	11	XXXX	XXXX	XXXX	
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	XXXX	(513,140)	(513,140)	(468,852)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de stocks de fournitures	15	(72,015)	XXXX	(72,015)	(77,373)
Acquisition de frais payés d'avance	16	6,590		6,590	(45,589)
Utilisation de stocks de fournitures	17		XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18				
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	(65,425)		(65,425)	(122,962)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20	(342,830)	342,830	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	477,258	(509,360)	(32,102)	1,086,864
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(216,965)	(32,227,274)	(32,444,239)	(31,472,283)

Tous les fonds | exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

État des flux de trésorerie

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit)	01	546,463	1,678,678
Éléments sans incidence sur la trésorerie:			
Créances douteuses	02	7,668	5,776
Provisions liées aux placements et garanties de prêts	03		
Stocks et frais payés d'avance	04	(65,425)	(122,362)
Perte (Gain) sur disposition d'immobilisations	05	6,680	116,586
Perte (Gain) sur disposition de placement	06		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations			
-Gouvernement du Canada	07		
-Autres	08	(228,853)	(114,385)
Amortissement des immobilisations	09	2,298,301	2,267,193
Réduction de valeur des immobilisations	10		
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	11		
Amortissement de la perte(gain) de change reporté	12		xxxx
Amortissement de l'escompte et de la prime	13		xxxx
Autres (préciser) Ajust au surplus acc. et acq.rev reporté	14	(837,887)	80,034
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie (L.02 à L.14)	15	1,180,484	2,232,236
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	16	2,762,881	(2,340,353)
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités de fonctionnement (L.01 + L.15 + L.16)	17	4,489,828	1,570,561
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Immobilisations:			
Acquisitions	18	(2,819,622)	(2,854,125)
Produits de disposition	19	1,500	1,500
Flux de trésorerie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement en immobilisations (L.18 + L.19)	20	(2,818,122)	(2,852,625)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements de portefeuilles:			
Placements effectués	21		
Produit de disposition et de rachat de placements	22		
Placements réalisés	23		
Variation d'autres éléments:			
Subvention à recevoir - Réforme comptable	24	425,817	(251,100)
Flux de trésorie provenant des (ou utilisé pour les) activités d'investissement (L.21 à L.24)	25	425,817	(251,100)

Note 1 - RÉSULTATS

Le résultat des opérations indiqué à la page 200,ligne 29 est traité de la façon suivante:

L'excédent des revenus sur les charges du fonds d'exploitation au montant de 885 513 $ est imputé au surplus accumulé.

L'excédent des charges sur les revenus du fonds d'immobilisations au montant de 339 050 $ est imputé au surplus accumulé.

Note 2 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. La mission de l'établissement est de faire en sorte qu'il se dispense dans les centres qui le composent, les meilleurs services à la population de la MRC de Matane dans le respect des missions (hôpital, centre d'hébergement, CLSC). La mission est également de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Matane en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité et contribuera ainsi au développement social et économique de la région.

Le siège social du centre est situé à Matane. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

Note 3 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Périmètre comptable

L'établissement rend compte dans son rapport financier annuel de toutes les activités et ressources financières qu'il contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

L'établissement ne détient aucune autre entité dans son périmètre comptable.

Une description des biens détenus en fiducie ainsi qu'un sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport annuel.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date du rapport financier annuel ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans chacun des fonds respectifs.La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants:

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre financement se rattachant aux immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes:

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;

- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial:

- Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;

- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.
L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours de l'exercice 2012-2013.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis:

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursé effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen, excepté les stocks du bloc opératoire et du laboratoire, dont le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendrent des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements (agences). Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposés par la LSSSS en ce sens.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est à dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des agences ou de d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'établissement, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'établissement comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 4 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	94 486	755 128
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	110 843	755 128
Charges-avantages sociaux	110 843	71 235
Subventions - MSSS	94 486	71 235

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si un établissement octroie une subvention, il doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où un établissement est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), il doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'établissement.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les établissements bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des établissements qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

NOTE 5 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S 4.2) et à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E 12.0001), l'établissement a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités du Fonds d'immobilisations.

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2013

Les prévisions budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration relatives aux activités principales et accessoires du Fonds d'exploitation sont comparées aux données réelles correspondantes :

		RÉEL	BUDGET
ACTIVITÉS PRINCIPALES :			
Revenus			
Financement de l'Agence ou du MSSS			
Budget net avec incidence sur trésorerie	01	40 591 749	39 203 600
Rectificatif (au net)	02	74 296	
Budget sans incidence sur la trésorerie :	03		
Produits sanguins	04	857 638	
Rénovations fonctionnelles mineures (EPC)	05		
Augmentation (ou diminution) du financement	06	1 082 934	1 539 704
Variation des revenus reportés	07	(172 408)	160 328
FINESSS	08	1 220 784	
Sous-total (L.01 à L.08)	09	43 654 993	40 903 632
Revenus provenant des usagers	10	2 477 284	2 552 763
Revenus d'autres sources	11		139 875
Autres revenus non budgétisés	12		173 311
Ventes de services, recouvrements et autres	13	925 440	
Total des revenus (L.08 à L.13)	14	47 057 717	43 769 851
Charges			
Coûts directs bruts des centres d'activités ou sous-centres d'activités	15	45 444 679	43 834 257
Transferts de frais généraux	16	(7 093)	
Charges non réparties	17	858 271	405 773
Total des charges (L.15 à L.17)	18	46 295 857	44 240 030
Surplus (déficit) des activités principales avant contributions de l'avoir propre et interfonds (L.14 - L.18)	19	761 860	(470 449)
Contributions de l'avoir propre et interfonds (au net) (préciser)	20	0	345 449
Surplus (déficit) des activités des activités principales après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.19 + L.20)	21	761 860	(125 000)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES			
Revenus	22	347 823	244 000
Charges	23	224 170	119 000
Surplus (déficit) des activités accessoires (L.22 - L.23)	24	123 653	125 000
Surplus (déficit) du fonds d'exploitation après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.21 + L.24)	25	885 513	0

Note 5 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

Lors du décès d'un parent d'employé, l'établissement verse 25 $ de dons à la Fondation de l'Hôpital de Matane inc. Au 31 mars 2013, l'établissement a versé une somme totalisant 625 $ à ce sujet.

L'établissement a aussi participé à des activités de financement de la Fondation. Les coûts d'inscription ont été de 500$.

La Fondation a financé plusieurs activités du fonds d'exploitation pour un montant de 3 713$.

La Fondation a participé au financement de l'acquisition d'immobilisation pour une somme de 91 126 $. Au 31 mars 2013, une somme de 15 448 $ est à recevoir de la part de la Fondation.

Au 1er avril 2007, l'établissement a transféré l'exploitation du stationnement de l'hôpital à la Fondation. En contrepartie, la Fondation verse des revenus de location et de gestion à l'établissement. En 2012-2013, les revenus de location se sont élevés à 108 809$ et les revenus de gestion, à 78 063$. Au 31 mars 2013, le compte à recevoir de la part de la Fondation est de 37 876$ et le compte à payer de 58 248$.

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 6 - OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

Les engagements reliés à des contrats d'entretien et informatiques et à trois baux locatifs s'élèvent à 1 638 133 $ et viennent à échéance jusqu'en 2018.

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

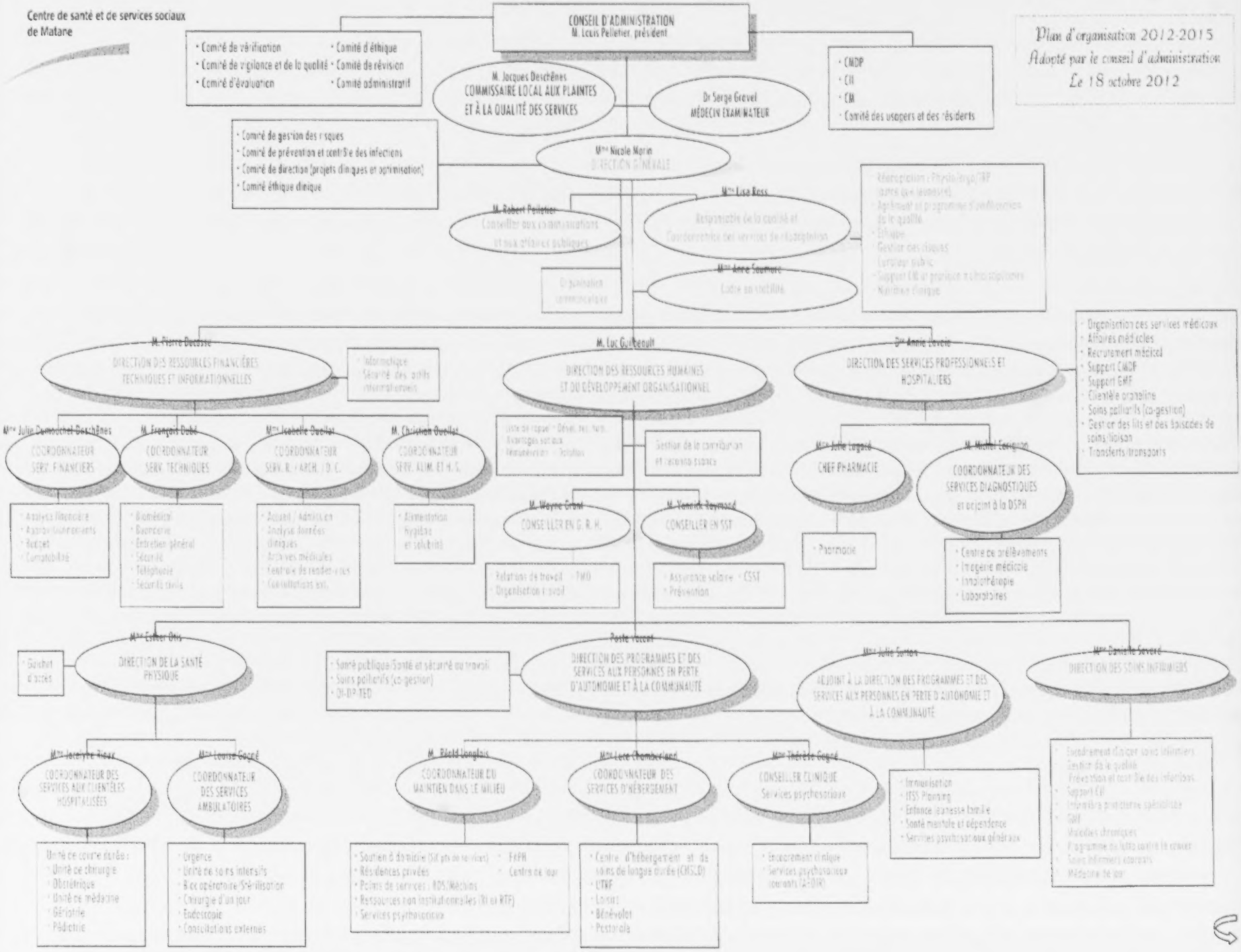
ÉTAT DES RÉSULTATS

		Activités principales 1	Activités accessoires 2	Total (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (P362)	01	43,654,993		43,654,993	43,852,548
Subventions Gouvernement du Canada (C1:P290/C2:P291)	02				
Contributions des usagers (P301)	03	2,477,284	xxxx	2,477,284	2,505,424
Ventes de services et recouvrements (P320)	04	810,229	xxxx	810,229	328,699
Donations(C1:P290/C2:P291)	05	3,713		3,713	
Revenus de placement (P302)	06	13,322		13,322	16,796
Revenus de type commercial (P351)	07	xxxx	40,889	40,889	45,858
Gain sur disposition (P302)	08				
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (P302)	11	98,176	306,934	405,110	368,067
TOTAL (L.01 à L.11)	12	47,057,717	347,823	47,405,540	47,117,392
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C1:P320/C2:P351)	13	32,444,210	103,392	32,547,602	32,592,701
Médicaments (P333)	14	1,793,172	xxxx	1,793,172	1,763,001
Produits sanguins	15	512,100	xxxx	512,100	415,447
Fournitures médicales et chirurgicales (P340)	16	1,244,210	xxxx	1,244,210	1,215,718
Denrées alimentaires	17	538,120	xxxx	538,120	533,666
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2,015,371	xxxx	2,015,371	2,083,566
Frais financiers (P325)	19		xxxx		
Entretien et réparations (C1:P650 c/a 7800)	20	1,197,568	23,118	1,220,686	691,667
Créances douteuses (C1:P301)	21	7,668		7,668	5,776
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	23	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (P325)	24	6,543,438	97,660	6,641,098	6,637,414
TOTAL (L.13 à L.24)	25	46,295,857	224,170	46,520,027	45,938,956
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	761,860	123,653	885,513	1,178,436

ANNEXE 2

Centre de santé et de services sociaux de Matane

Plan d'organisation 2012-2015
Adopté par le conseil d'administration
Le 18 octobre 2012



ANNEXE 3

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.1 Améliorer l'accessibilité et la fluidité des services de première ligne	✓ Développer un guichet d'accès	- Cadre de référence	Identifier les acteurs	DSPH.

Résultat au 31 mars 2013 :

A) Définition du Guichet d'accès :

Le Guichet d'accès est avant tout un service de première ligne. Ce service est offert à la clientèle du territoire de Matane et comprend principalement deux composantes :

- l'accueil de toutes les demandes de services adressées au CSSS de Matane;
- l'orientation au bon service requis soit à l'interne (CSSS de Matane) ou à l'externe (territoires de Matane, du Bas-Saint-Laurent ou autres).

Dans la perspective de la responsabilité populationnelle confiée au CSSS, le Guichet d'accès se veut « La voie » d'accès des demandes de service au CSSS. Ce service est facilitant pour les usagers, ou leurs répondants, qui requièrent des services du CSSS de Matane ou de leurs partenaires. Le Guichet d'accès joue un rôle central pour garantir l'accessibilité et la continuité des services.

Pour répondre aux besoins des utilisateurs, le Guichet d'accès, de par son processus logique et opérationnel, joue un rôle déterminant dans la hiérarchisation des services, et ce, à travers des fonctions interactives. Le leitmotiv est donc : l'usager a le bon service, par le bon intervenant, au bon moment, au bon endroit et pour la bonne durée.

B) Objectifs du guichet d'accès :

- permettre, le plus rapidement possible, une réponse aux besoins de l'usager requérant des services de santé et des services sociaux;
- offrir un mode d'accès des plus simplifiés aux services de santé et aux services sociaux;
- fournir un service d'experts en évaluation des demandes de services;
- orienter ou référer la clientèle, lors de demande de services ou en cours de services, au service ou à l'organisme le plus susceptible de répondre à son besoin.

Enjeu n° 1 : Organisation, accessibilité et continuité des soins et services

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable

C) Clientèle du guichet d'accès :

- toute personne, son répondant ou son référent demandant un service au CSSS;
- toute personne déjà suivie au CSSS et présentant un nouveau besoin hors du service dont il est déjà suivi.

D) Le développement éventuel du guichet d'accès a nécessité de revoir les trajectoires actuelles dans les divers programmes et d'établir les trajectoires optimales pour notre clientèle en lien avec notre mission.

Les secteurs suivants ont été identifiés :

- services ambulatoires;
- soutien à domicile et hébergement;
- services aux clientèles hospitalisées;
- services psychosociaux, jeunesse-enfance-famille et santé mentale;
- réadaptation;
- service de téléphonie.

Le lieu privilégié et accessible pour la population est déterminé près de l'urgence. Un projet d'aménagement des lieux physiques se concrétisera en 2013 grâce à la collaboration de l'ASSS Bas Saint-Laurent.

La réalisation se fera à l'automne 2013 suite au travail de chacun.

E) Composition du Guichet d'accès :

- gestionnaire : directrice de la santé physique;
- infirmière clinicienne de liaison au GA;
- intervenant psychosocial de liaison au GA;
- agente administrative.

ENJEU Nº 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable

Soutien clinique d'une équipe de professionnels :

- médecin;
- conseillère clinique en soins infirmiers;
- conseillère clinique psychosociale;
- intervenant en réadaptation;
- pharmacien;
- nutritionniste;
- inhalothérapeute;
- technologue en laboratoire;
- technologue en imagerie médicale;
- infirmières cliniciennes spécialisées :
  - asthme;
  - diabète;
  - maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC);
  - maladie vasculaire coronarienne (MVC);
  - syndrome métabolique;
  - rhumatologie;
  - chirurgie;
  - oncologie;
  - géronto-gériatrie.

F) Modalité de fonctionnement aux points de services du CSSS de Matane :

Les points de services du CSSS de Matane sont :

- CLSC de Matane;
- CLSC de Les Méchins;

Enjeu n° 1 : Organisation, accessibilité et continuité des soins et services

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable

- CLSC de Baie-des-Sables.

Toute demande de services adressée à un des points de services du CSSS de Matane est dirigée au Guichet d'accès. L'usager ou son répondant peut effectuer sa demande :

- en communiquant par téléphone du CSSS de Matane et sélectionner l'option : Guichet d'accès;
- en se présentant directement au Guichet d'accès du CSSS de Matane.
- aux points de services du CSSS de Matane, les services offerts sont des interventions découlant d'un plan d'intervention (PI) ou d'une prescription médicale.

G) Modalité de traitement de la demande :

Une demande de service comporte les étapes suivantes :

A : Accueil

E : Évaluation

O : Orientation

R : Référence

G) a. Accueil de la demande de service au Guichet d'accès :

La demande de service est accueillie au Guichet d'accès soit :

- par téléphone;
- par requête papier ou électronique;
- en personne ou par personne interposée, le répondant.

G) b. Évaluation au Guichet d'accès :

Les professionnels travaillant au Guichet d'accès sont aptes et habilités à effectuer une évaluation sommaire du besoin de l'usager. Ils sont par la suite en mesure d'acheminer la demande aux services le plus avantageux à l'interne (au CSSS de Matane) ou de référer l'usager à la bonne ressource à l'externe (territoires de Matane, du Bas-Saint-Laurent ou autres).

Enjeu n° 1 : Organisation, accessibilité et continuité des soins et services

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable

L'évaluation peut se réaliser soit :

- par téléphone;
- en personne.

L'évaluation en présence de l'usager comporte des avantages certains, souvent encore plus en présence d'un accompagnateur. Elle est plus personnalisée, complète et permet le sérieux de sa participation aux décisions qui le concernent.

Suite à l'évaluation, l'usager est dirigé vers le service ou l'organisme le plus susceptible de répondre à son besoin. Le CSSS encourage le développement de ressources, tant à l'interne qu'à l'externe. Une référence à l'externe aura préséance sur une orientation à l'interne.

G) c. Orientation de la demande de service

Selon le recueil d'information concernant l'usager et son évaluation, l'analyse qui en découle permet l'orientation de l'usager au service du CSSS le plus susceptible de répondre à son besoin.

Il est orienté à l'un ou l'autre des services suivants :

- à l'intervenant de liaison : Services ambulatoires;
- à l'intervenant de liaison : Maintien dans le milieu et Hébergement;
- à l'intervenant de liaison : Réadaptation;
- à l'intervenant de liaison : Services psychosociaux, JEF et SM;
- à l'intervenant de liaison : Clientèles hospitalisées;
- à un autre service spécifique du CSSS de Matane.

G) d. Référence de la demande de service

Selon le recueil d'information concernant l'usager et son évaluation, l'analyse qui en découle permet l'orientation de l'usager au service de l'externe le plus susceptible de répondre à son besoin.

- autres CSSS;
- cliniques médicales;

Enjeu n° 1 : Organisation, accessibilité et continuité des soins et services

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
○ organismes communautaires; ○ organismes privés; ○ entreprises d'économie sociale; ○ centre de réadaptation déficience intellectuelle (CRDI); ○ centre de réadaptation déficience physique (CRDP); ○ centre jeunesse; ○ commission scolaire des Monts-et-Marées; ○ Cégep; ○ Estran (dépendance); ○ PAE pour les travailleurs dont l'entreprise en a un.				
1.3 Développer une approche intégrée des services en périnatalité	✓ Implanter AMPRO ✓ Établir un mode de fonctionnement à l'intérieur du CSSS	- Personnel infirmier et médical ayant reçu la formation - Le nombre de rencontres	Le nombre de personnes formées Le nombre de rencontres Calendrier de rencontres	DSPh.
Résultat au 31 mars 2013 :				
AMPRO : Le module 2 « Travailler ensemble » est terminé et le module 3 « Modifier la culture » est amorcé. Les infirmières et les médecins sont engagés et motivés dans la réalisation de cette approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux.				

Enjeu n° 1 : Organisation, accessibilité et continuité des soins et services

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.5 Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie	✓ Développer l'approche gériatrique en soins de courte durée et à l'urgence (projet OPTIMAH) ✓ Consolider le continuum de services/Processus séquentiel	- Indicateurs OPTIMAH : ✓ Proportion des patients 75 ans + pour qui le plan de travail des préposés aux bénéficiaires comprend au moins une directive en lien avec les interventions AINÉES; ✓ Proportion des patients 75 ans et + et capables de marcher avec aide au corridor qui ont fait au moins une séance de marche (min. 5 min) au corridor dans la journée (jour-soir) en plus de la séance de physiothérapie;	Diminution de 5 %	DSPh.

Résultat au 31 mars 2013 :

Un cadre de référence sur l'approche adaptée aux personnes âgées en milieu hospitalier, en soins de courte durée et à l'urgence, est rédigé. Une équipe tactique d'implantation a été créée afin d'établir une stratégie gagnante face à l'implantation.

Un programme de marche est en élaboration.

Un repérage systématique est fait à l'urgence pour les personnes de 75 ans et plus et le continuum est assuré conjointement par le service psychosocial et le soutien à domicile afin d'identifier les personnes nécessitant des services et de prévenir la détérioration de leur état et de leur sécurité à domicile.

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.2 Implanter le projet des services intégrés de première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches	✓ Arrimer le programme-cadre à la communauté	- Programme-cadre	Déploiement interne et externe	Danielle S.
	✓ Consolider les différentes équipes interdisciplinaires	- Un représentant du CSSS en maladies chroniques à la Table Cosmoss	Représentativité à la Table Cosmoss	Danielle S.
	✓ Se doter d'un programme-cadre pour l'ensemble des programmes-clientèles			

Résultat au 31 mars 2013 :

Projet de services intégrés de première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques implanté, mais poursuite d'activités de consolidation pour réviser le cheminement de l'usager dans le continuum de services en maladies chroniques.

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.4 Intégrer les services en santé mentale	✓ Améliorer l'intégration des pratiques cliniques en harmonisant les pratiques professionnelles	- Procédures - Outils standardisés	Déploiement de PII	DSPC

Résultats au 31 mars 2013 :

- Les équipes ont été mobilisées sur la prestation des services qui a eu comme résultats de répartir les champs de pratiques des professionnels en services généraux et en services spécifiques.
- Des travaux d'harmonisation de corridors de services avec l'urgence ont été faits.
- Nous avons instauré une présence psychosociale à l'urgence à raison de 35 heures semaine.
- Développement d'encadrement clinique par la diffusion d'outils cliniques.
- Deux capsules cliniques ont été réalisées auprès du personnel.

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la gestion des risques	✓ Actualiser la gestion intégrée des risques de façon à cerner, à signaler et à évaluer les risques et à améliorer la sécurité des clientèles et du personnel	- Nombre de formulaires colligés; - Nombre de mécanismes mis en place	100 % des formulaires saisis dans les 90 jours suivant la déclaration	Gestionnaire des risques et collaboration des gestionnaires
	✓ Sensibiliser l'ensemble du personnel à l'importance de signaler toute situation pouvant présentée un risque potentiel et réel d'accident/incident	- Nombre de personnes rejointes par la formation;	100 % gestionnaires et 85 % employés	Gestionnaire des risques
	✓ Analyser et communiquer les résultats des activités d'amélioration de la qualité à toutes les personnes concernées dans l'établissement	- Tableau de bord;	Rapport trimestriel et production d'un bilan annuel	Gestionnaire des risques en collaboration avec le comité de la gestion des risques
	✓ Développer un programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins et des services	- Programme disponible	2014	

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services (suite)	✓ Déployer dans l'établissement des outils cliniques reconnus d'évaluation et de suivi pour les clientèles visées (indicateur : ordonnances collectives, PI et PTI)	- Nombre d'ordonnances collectives et plan d'intervention (PI);	25 ordonnances collectives annuelles en plus du processus de révision PI selon l'entente de gestion	Gestionnaires
	✓ Maintenir la surveillance des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis ainsi que pour la surveillance régionale et locale	- Taux d'incidence des infections nosocomiales inférieur ou égal au taux établi	Entre 85 % et 100 % pour chaque type de surveillance	Marie-Ève Martin Saint-Pierre en collaboration avec le gestionnaire des risques
	✓ Constituer les équipes d'agrément en équipe de qualité permanente et leur conférer un rôle central de soutien aux programmes et amélioration continue de la qualité	- Nombre d'équipe d'agrément; - Plan de formation annuelle;	15 100 % du budget alloué à la formation	Gestionnaire de l'agrément Luc G. en collaboration avec les gestionnaires

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services (suite)	✓ Assurer la formation continue selon les priorités organisationnelles et maintenir le développement des compétences malgré les contraintes budgétaires ✓ Maintenir et développer des programmes de soutien clinique afin d'assurer le transfert des compétences (préceptorat, externat, mentorat, etc.) ou toute autre forme de soutien clinique	- Nombre de catégories d'emploi concerné	Augmentation pour les catégories et plus spécifiquement pour type de personnel à précarité d'emploi	Luc G, Annie L. et Danielle S., en collaboration avec les gestionnaires

Résultat au 31 mars 2013 :

Maintien des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis (C. difficile + SARM), tableau de bord disponible.

Programmes d'externat et de mentorat bonifiés pour favoriser le recrutement et la rétention des étudiants en soins infirmiers. Pour l'été 2013, recrutement de 9 CEPI et 10 externes. Projet de préceptorat développé et accepté par l'ASSS pour 2012-2013.

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la gestion des risques	✓ Actualiser la gestion intégrée des risques de façon à cerner, à signaler et à évaluer les risques et à améliorer la sécurité des clientèles et du personnel	- Nombre de formulaires colligés; - Nombre de mécanismes mis en place	100 % des formulaires saisis dans les 90 jours suivant la déclaration	Gestionnaire des risques et collaboration des gestionnaires
	✓ Sensibiliser l'ensemble du personnel à l'importance de signaler toute situation pouvant présentée un risque potentiel et réel d'accident/incident	- Nombre de personnes rejointes par la formation;	100 % gestionnaires et 85 % employés	Gestionnaire des risques
	✓ Analyser et communiquer les résultats des activités d'amélioration de la qualité à toutes les personnes concernées dans l'établissement	- Tableau de bord;	Rapport trimestriel et production d'un bilan annuel	Gestionnaire des risques en collaboration avec le comité de la gestion des risques
	✓ Développer un programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins et des services	- Programme disponible	2014	

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services (suite)	✓ Déployer dans l'établissement des outils cliniques reconnus d'évaluation et de suivi pour les clientèles visées (indicateur : ordonnances collectives, PI et PTI)	- Nombre d'ordonnances collectives et plan d'intervention (PI);	25 ordonnances collectives annuelles en plus du processus de révision PI selon l'entente de gestion	Gestionnaires
	✓ Maintenir la surveillance des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis ainsi que pour la surveillance régionale et locale	- Taux d'incidence des infections nosocomiales inférieur ou égal au taux établi	Entre 85 % et 100 % pour chaque type de surveillance	Marie-Ève Martin Saint-Pierre en collaboration avec le gestionnaire des risques
	✓ Constituer les équipes d'agrément en équipe de qualité permanente et leur conférer un rôle central de soutien aux programmes et amélioration continue de la qualité	- Nombre d'équipe d'agrément;	15	Gestionnaire de l'agrément Luc G. en collaboration avec les gestionnaires
	✓ Assurer la formation continue selon les priorités organisationnelles et maintenir le développement des compétences malgré les contraintes budgétaires	- Plan de formation annuelle;	100 % du budget alloué à la formation	

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services (suite)	✓ Maintenir et développer des programmes de soutien clinique afin d'assurer le transfert des compétences (préceptorat, externat, mentorat, etc.) ou toute autre forme de soutien clinique	- Nombre de catégories d'emploi concerné	Augmentation pour les catégories et plus spécifiquement pour type de personnel à précarité d'emploi	Luc G, Annie L. et Danielle S, en collaboration avec les gestionnaires

Résultat au 31 mars 2013 :

Gestion des risques :

- Publication tableau de bord P3, P7, P9, P13
- Production : Rapport, bilans biannuels des incidents/accidents
- Participation aux comités de travail
  - Comité prévention des chutes/contentions
  - Comité zones grises
  - Comité prévention et contrôle des infections
- Consolidation comité gestion des risques
  - 3 rencontres pour un taux de participation de 71 %

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
2.2 Rendre disponible un plan de mesures d'urgence	✓ Mise à jour et diffusion du plan de mesures d'urgence	- Plan de mesures d'urgence disponible dans toutes les directions	2012	Gestionnaire responsable des mesures d'urgence
		- Nombre de personnes ayant reçu la formation	100 % du personnel d'ici 2015	
	✓ Mettre en place des exercices de pratique dans les trois installations	- Nombre d'exercices faits par année	1 exercice/installation/année	Gestionnaires responsables des mesures d'urgence en collaboration avec les gestionnaires

Résultat au 31 mars 2013 : Le Plan est disponible dans chaque direction. Une Valise de garde informatisée accessible à distance et 24/7 a été implantée. La formation sur l'utilisation de cette valise de garde informatisée a été donnée à tous les gestionnaires. Une vérification mensuelle des équipements de lutte incendie dans les points de services du CLSC a été implantée. De la formation concernant le code orange a été diffusée par les gestionnaires. Un exercice pratique du code orange impliquant les partenaires de la région (ambulanciers, prévention incendie, policiers) a eu lieu en juin 2013. Un exercice d'évacuation a eu lieu au site CLSC en septembre 2012.

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
3.1 Assurer une gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO)	✓ Connaître l'état de situation de sa main-d'œuvre (portrait, comportements, absences, départs, congés de longue durée, etc.) ✓ Évaluer les besoins sur trois ans (actions et indicateurs : présentation annuelle des données à l'ensemble des gestionnaires)	– Taux d'absentéisme – Taux de rétention – Taux d'assurance-salaire – Taux de CSST – Estimation des retraites – Écart entre les besoins et l'offre de main-d'œuvre	- Respect des cibles MSSS (taux) - Élaborer une PMO au 31 mars de chaque année	DRHDO
Résultat au 31 mars 2013 :	**• Plan prévisionnel de main-d'œuvre 2012-2013 à jour; • Recrutement en lien avec la PMO (pharmacien, physiothérapeute, CEPI, T.S., etc.).**			
3.2 Mettre en place des stratégies d'attraction et de rétention des ressources humaines	✓ Améliorer le processus de dotation en qualité et quantité ✓ Identifier les problématiques reliées à l'embauche et aux départs (actions et indicateurs : politique de dotation, nombre de visites dans les maisons d'enseignement (promotion), accueil des stagiaires, mettre en place des entrevues de départ pour en connaître les raisons	– Qualité de vie au travail – Taux d'attraction et de rétention – Nombre de postes vacants – Questionnaire sur la satisfaction des stagiaires – Nombre de visites dans les établissements scolaires – Nombre d'étudiants embauchés (PAB externes, CEPI, etc.)	- Prendre le pouls aux trois ans (questionnaires auprès des employés, agrément)	DRHDO

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2013 : Travail en continu comprenant :				
	- déploiement de la politique de dotation; - élaboration d'une ébauche d'une stratégie de recrutement; - présence soutenue au cégep de Matane, UQAR et au CFP de Matane; - activités de fidélisation des étudiants du cégep; - révision des processus et des critères de sélection pour l'ensemble des titres d'emploi; - révision du matériel d'entrevue en continu; - élaboration d'une politique et d'une demi-journée d'accueil (en cours); - intervention auprès des employés sur l'importance de l'accueil de nos nouvelles ressources en termes de rétention (rencontre d'équipe d'employés) (passerelle); - entrevues de départ mis en place; - partenariat avec Jobillico pour améliorer la visibilité de l'établissement en termes de recrutement; - utilisation soutenue du site internet de l'établissement; - programme de remboursement des frais de scolarité (bac inf.); - horaire atypique (horaire de 12 h); - diminution des heures en main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers.			
3.3 Gérer de façon efficiente la présence au travail	✓ Gestion médico-administrative ✓ Prévention ✓ Gestion de l'absentéisme et du présentéisme (action et indicateurs : suivi du taux d'absentéisme, atteinte des cibles du MSSS, remettre sur pied du comité paritaire, PDSB, suivi des événements incidents et accidents)	• Former en sélection de personnel l'ensemble des gestionnaires • Nombre de gestionnaires formés • Taux de présence ou d'absentéisme au travail • Taux d'accident (incidence et gravité) • Investissement en prévention	- Cible du MSSS en assurance-salaire - Taux d'unité de CSST - Trois rencontres/année pour le CPSST	DRHDO

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2013 :	Gestion médico-administration rigoureuse. Suivi étroi de nos taux d'absentéisme par service, par titre d'emploi, etc. Un comité paritaire en SST a été mis sur pied. Il y a eu peu de prévention effectuée actuellement. Par contre, il y a eu une quarantaine de PAB formés sur le PDSB en 2011-2012 en plus de 3 nouveaux formateurs PDSB. Démarche avec la CSST au niveau du plan d'action dans un projet d'intervention ciblée par la CSST. Le plan d'action est suivi en partenariat par la CSST et conseiller en SST de l'établissement. Respect de la cible ministérielle en assurance salaire en 2012-2013, réduction des réclamations et impact à prévoir sur notre taux de CSST au cours des prochaines années. Augmentation de la présence au travail et utilisation accrue de nos talents par le biais de retours progressifs et assignations temporaires.			
3.4 Participer et contribuer à l'amélioration des conditions d'exercice	✓ Organisation du travail ✓ Climat de travail ✓ Qualité de vie au travail ✓ Reconnaissance ✓ Support aux cadres : information et formation aux cadres (action et indicateurs : horaire de 12 heures, intégration des infirmières auxiliaires, questionnaire sur la mobilisation du personnel (agrément), taux de participation aux activités, formation et dotation et le taux de rétention)	• Nombre de projets • Sondage agrément • Nombre d'activités • Taux de participation aux activités • Nombre d'activités de formation et d'information à l'intention des cadres	- Amélioration continue - 2 activités par année pour l'ensemble du personnel - 1 activité par année à l'intention des gestionnaires	DRHDO
Résultat au 31 mars 2013 :	Participation à divers projets d'organisation de travail, entre autres l'implantation des horaires de 12 heures, plan de développement des ressources humaines annualisé et suivi (informatisation, bilan, présences). La direction des ressources humaines contribue en continue à l'amélioration des conditions d'exercices de l'ensemble de son personnel, incluant le personnel-cadre, par des rencontres d'équipe (incluant syndicat) pour climat de travail dans différents services, l'initiation d'un projet pour l'enseignement du baccalauréat en soins infirmiers au Cégep de Matane (toujours en cours) et développement d'une expertise à l'interne pour les enquêtes en matière de harcèlement. Contribution significative dans les rencontres d'équipe, *focus group*, comité de pairs, etc.			

Enjeu n° 4 : Ressources financières, matérielles et informationnelles

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
4.1 Doter l'établissement d'un plan directeur immobilier	✓ Constituer les comités de travail représentatifs des services cliniques et administratifs du CSSS ✓ Procéder à une consultation et à un inventaire des besoins ✓ Établir les priorités ✓ Diffuser les résultats et assurer le suivi	- Rencontres réalisées - Inventaire réalisé - Résultats connus - Créer une liste des priorités	PDII réalisé	DRFTI Tous les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2013 : Un événement imprévu a empêché la réalisation de cette orientation.				
4.2 Maintenir les installations et les équipements afin qu'ils répondent aux besoins des secteurs cliniques, soutien et administratifs en lien avec une prestation sécuritaire de services	✓ Élaborer et diffuser les cadres de gestion : • Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière • Plan de conservation des équipements médicaux et plan de conservation des équipements non mobilier et mobilier ✓ Réaliser les projets inscrits au PCFI ✓ Se doter des outils supportant la maintenance préventive des actifs immobiliers et mobiliers ✓ Implanter les lignes directrices en hygiène et salubrité	- Diffuser PCFI au comité de gestion 1 fois/an; - Responsables/rencontres régulières des gestionnaires cliniques et diffusion au comité de gestion - Projets réalisés - Acquérir et implanter le logiciel (démarche régionale)	Cadres de gestion connus Améliorer l'entretien et maintenir l'entretien des installations	DRFTI
Résultat au 31 mars 2013 : Les plans sont élaborés et un état de situation sur l'avancement des projets en cours est fait aux gestionnaires à chaque comité de gestion. 15 des 18 projets inscrits au cadre de gestion ont été réalisés. 5 nouveaux projets prioritaires ont été ajoutés en cours d'année. Un logiciel d'entretien préventif a été implanté aux secteurs de l'entretien des installations, au génie biomédical et au secteur des ressources informationnelles à l'été 2012. Les zones grises en hygiène et salubrité ont été identifiées et attribuées. La réorganisation des routes de travail et des horaires en hygiène et salubrité est en cours.				

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
4.3 Finaliser la réorganisation du service alimentaire	✓ Augmenter la satisfaction de la clientèle ✓ Diminution des coûts	- Augmentation des ventes à la cafétéria - Diminuer le coût/repas		DRFTI coord. services alim.

Résultat au 31 mars 2013 :

Une révision des contrats avec les fournisseurs et l'introduction de contenants de cuisson réutilisables ont permis de nouvelles économies. Les résultats d'un questionnaire sur la satisfaction de la clientèle ont été compilés et une analyse ainsi qu'un plan d'action sont en préparation.

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
4.3 Finaliser la réorganisation du service alimentaire	✓ Augmenter la satisfaction de la clientèle ✓ Diminution des coûts	- Augmentation des ventes à la cafétéria - Diminuer le coût/repas		DRFTI coord. services alim.
Résultat au 31 mars 2013 : **Une augmentation de la satisfaction de la clientèle a été constatée de même qu'une importante diminution des coûts quoique dette diminution soit inférieure aux attentes et ce en raison d'une augmentation du coût des denrées alimentaires et des fournitures nécessaires à la desserte des repas.**				
4.4 Optimiser le processus d'allocation des ressources financières et le suivi de leur utilisation	✓ Optimiser les processus d'approvisionnement et de logistique ✓ Améliorer les processus d'information financière (compilation, diffusion, analyse interne et en support de gestion et suivi)	- Augmenter le nombre de rencontres de suivi avec les gestionnaires des secteurs critiques	Réduire le délai entre la démarche et la commande. Atteindre un meilleur contrôle et un suivi plus performant par les gestionnaires	DRFTI
Résultat au 31 mars 2013 : **Nous avons réalisé une démarche « LEAN » à l'approvisionnement. Les recommandations en découlant seront implantées en 2014-1015.**				
4.5 Implanter une culture de performance	✓ S'assurer d'une efficacité (faire ce que l'on doit faire - résultat et d'une efficience (le faire en assurant une utilisation performante des ressources)	- Réalisation des activités en respectant le cadre budgétaire	Maintien de l'équilibre budgétaire	DRFTI et tous les gestionnaires

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2013 : Dans les secteurs de la buanderie et de l'hygiène et salubrité, nous avons entrepris des démarches d'amélioration de la qualité et d'optimisation des processus.				
4.6 S'assurer de la disponibilité des ressources informationnelles en support aux activités cliniques et aux activités de gestion	✓ Déploiement du plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) ✓ Maintenir le plan de conservation des équipements			DRFTI Responsable informatique
Résultat au 31 mars 2013 : Nous avons continué le plan de conservation des équipements et effectué le suivi de la planification stratégique régionale des ressources informatiques (PSRRI).				

ENJEU N° 5 : GOUVERNANCE

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
5.1 Ajuster la structure en fonction d'une efficience organisationnelle	✓ Structurer l'organisation en regard de nos priorités d'action ✓ Renforcer nos mécanismes de concertation et de coordination entre les équipes, les directions et l'équipe médicale	- Plan d'organisation - Le nombre de rencontres	Plan révisé - Dossiers communs (au moins 1 dossier commun soit entre 2 directions soit une direction et l'équipe médicale)	Nicole Morin Conseil d'administration
Résultat au 31 mars 2013 :				
Mise en œuvre d'un nouveau plan d'organisation adopté par le conseil d'administration le 12 décembre 2012. Nouveau mode de fonctionnement du comité de gestion.				
5.2 Actualiser notre vision, nos valeurs, notre philosophie de gestion et nos principes directeurs	✓ Promouvoir et partager notre vision	- Diffusion du plan stratégique (journal interne, rencontres médias, etc.)	Les employés Les médecins Les gestionnaires Le conseil d'administration Partenaires externes et internes	Nicole Morin

ENJEU N° 5 : GOUVERNANCE				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
Résultat au 31 mars 2013 :				
Rencontre avec 90 employés visant la mobilisation du personnel résultant en un plan d'action diffusé dans le journal interne « La Passerelle ».				
5.3 Assurer une gestion efficiente, efficace et pertinente des ressources	✓ Optimisation de l'utilisation des ressources ✓ Évaluer la performance, suivi et rétroaction	- Projets d'optimisation	1 à 2 projets d'optimisation	Nicole Morin
Résultat au 31 mars 2013 :				
Surplus budgétaire pour l'année 2013-2014; plusieurs projets d'optimisation en cours tels : guichet d'accès, système de paie, zones grises, services psychosociaux, etc.				

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
6.1 Consolider le sentiment d'appartenance	✓ Unir les employés-sentiment d'appartenance ✓ Valoriser le travail du personnel ✓ Démontrer le souci client et faire connaître l'expertise	– L'affichage numérique – Des banderoles ou panneaux extérieurs – Une photo-logo-slogan rassembleur – Insertion de cette « image d'unité » dans tous les courriels – Un journal interne – Boîtes de commentaires et concours de « La meilleure idée d'améliorations » – Permettre l'échange d'expertise et du savoir-faire des équipes par des midis-conférences – Offrir un objet promotionnel visible permettant de créer « un esprit d'équipe » au sein du personnel. – Soirée de reconnaissance	2011-2012 2011-2012 2011-2012 2011-2012 2011 2011-03-25 2012 2011	Nicole Morin

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2013 :				
Soirée reconnaissance, midi-conférence, affichage numérique, journal interne, participation au recrutement de personnel, support aux conseils statutaires, focus groups, diffusion de nos expertises, reconnaissance personnalisée des 25 ans.				
6.2 Promouvoir l'offre de service du CSSS à la population et aux partenaires	✓ Faire connaître l'offre de services ✓ Faire rayonner le CSSS ✓ S'imposer comme un leader dans le milieu	– Créer un site Web – Avoir un PowerPoint Corporatif avec acétates-corpo – Diffuser la vision stratégique 2011-2015 – Diffuser nos expertises – Présence régulière dans les hebdomadaires – Diffusion des journaux internes adaptés – Créer des alliances – Du matériel promotionnel pour le recrutement	2011 2011 2011 2012 2011 2011 2012	Nicole Morin
Résultat au 31 mars 2013 :				
Affichage numérique, journal interne, création d'un site internet, soirée de reconnaissance, diffusion de la planification stratégique et de nos expertises, diffusion du journal interne « La Passerelle » à nos partenaires, création d'alliances, rencontre avec les partenaires tels : député, maires.				

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
6.3 Dispenser des services-conseils	✓ Conseiller et supporter les gestionnaires et le personnel en matière de communication notamment en recueillant l'information et en rédigeant les textes	– Participation aux divers comités (CD-CG-CA) – Mandats ad hoc – Formation de prise de parole en public – Formation média	2011 2011 2011 2011	

Résultat au 31 mars 2013 :

Support aux conseils statuaires, support au recrutement du personnel, support/conseil aux gestionnaires, employés - Participation au comité régional, à la Table des communications de l'Agence de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent - Participation à la Table des partenaires en formation, emploi et entreprenariat de Matane.

ANNEXE 4

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)
1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12-EG2 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	13	100,0	80,0	125,0	80,0	125,0
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,01	ND	NA		
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	0,66	ND	NA		
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,10	ND	NA		
1.01.12 B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,03	ND	NA		
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	13	0,0	65,0	0,0	Aug.	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	13	92,9	85,0	109,2	75,0	123,8
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	82,3	85,0	96,8	75,0	109,7
1.01.16.01-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	13	81,8	85,0	96,1	75,0	109,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

1.01.13 Approche École en santé : Malgré les interventions effectuées par nos intervenants dédiés au scolaire, (infirmière scolaire, agent de relations humaines, sexologue, psychologue, psychoéducateur, éducateur) etc... nous demeurons dans des interventions ayant pour objectif l'amélioration des saines habitudes de vie mais, sans être attachés à des interventions intégrées MELS-MSSS tel qu'attendu dans la cible École en santé. Donc, l'entrée statistique demeure uniquement une entrée dans le cadre normal de notre travail.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	13	100,00	ND	NA		
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Version de GESTRED: 2013/05/15.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	299	487	61,3	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	4,31	4,42	97,5	ND	NA
1.02.06-EG2 Nombre de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	13	0	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

1.02.02 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)

- Tous les postes sont comblés, nous avons créé un service rapide en services généraux (un intervenant dédié à ces fonctions) dans lequel il y a une réponse immédiate dès l'ouverture de la demande de l'AEOIR.
- Il n'y a pas de liste d'attente.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	41390	ND	NA		
1.03.08-PS Nombre de places en ressources résidentielles de proximité (Tous les programmes-services)	13	64	ND	NA		
1.03.09-PS Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	13	0,0	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Version de GESTRED: 2013/05/15.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.04.03-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage dépannage) par allocation directe	13	24	25	96,0	25	96,0
1.41.04.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS	13	500	ND	NA		
1.42.04.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	13	10,4	ND	NA		
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	92,3	90,0	102,5	90,0	102,5
1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	90,0	90,0	100,0	90,0	100,0
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	93,3	75,0	124,4	75,0	124,4
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	92,3	ND	NA		
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	100,0	ND	NA		
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	90,0	ND	NA		

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	93,3	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Version de GESTRED: 2013/05/15.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.05.13-EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	13	20	24	83,3	24	83,3
1.41.05.01-EG1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	13	41	ND	NA		
1.42.05.01-EG1 Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	13	4,1	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

1.05.13 EG1 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe – CSSS

- Nous n'avons aucune liste d'attente.
- Toutes les demandes sont répondues selon les critères d'accès.
- Aucune famille n'est en attente d'avoir du répit.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.6 Jeunes en difficulté

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.06.01-EG1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	13	444	640	69,3	244	181,9
1.06.02-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	13	5,63	6,72	83,7	7,00	80,3

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

1.06.01 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)

- Nous n'avons pas de liste d'attente.
- Nous avons actuellement 2 postes équivalents temps complet non remplacés.

1.06.02 EG1 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)

- Idem 1.06.01

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	15	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	8	22	36,3	41	19,5
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	7,65	12,00	136,2	12,00	136,2
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un probleme de santé mentale	13	0,56	0,00	0,0	0,00	0,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	370	398	92,9	382	96,8
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15

1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

- Pour l'année 2012-2013 nous avons desservi 35 demandes SIV. Toute demande est prise prioritairement.
- Nous avons observé des difficultés de coter entre santé mentale et SIV.

1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours

- Nous n'avons aucune connaissance de ces cas parce qu'ils sont référés immédiatement à la 2e ligne.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	8,26	11,00	124,9	11,00	124,9
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	10,33	11,00	106,1	12,00	113,9
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	5,36	ND	NA		0,0

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

1.9

- Les processus en amont et en aval sont questionnés afin d'améliorer constamment notre fonctionnement.
- Le système de repérage à l'urgence de la clientèle 75 ans et + à l'intégration des services pour le maintien à domicile (PRISMA-7) se poursuit et les suivis sont assurés par le secteur des services psychosociaux et du SAD au CLSC.
- Une procédure de communication avec les ressources intermédiaires a été établie lorsqu'une personne doit consulter à l'urgence.
- Le cadre de référence de l'approche adaptée en milieu hospitalier est élaboré et sera en opération dès l'arrivée de l'infirmière clinicienne en géronto-gériatrie à l'automne 2013.
- Une équipe CSSS en santé mentale est en fonction afin d'améliorer les références et éviter le recours à l'urgence.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	63	94	67,0	94	67,0
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	13,05	18,69	69,8	ND	NA
1.09.33-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	13	90,0	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Version de GESTRED: 2013/05/15.

1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile :

Les services de soins palliatifs sont donnés à domicile, mais la fin de vie est à l'hôpital sauf exception. Nous sommes à revoir l'offre de service de soins palliatifs (comité stratégique et comité opérationnel) au CSSS de Matane. La cible de 94 me semble élevée.

1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile :

À l'intérieur de l'offre de service, nous pensons qu'il y aura de l'influence sur la pratique. Une démarche est cependant à faire en ce qui concerne les entrées de données statistiques.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.11-EG1 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	13	18	14	128,5	ND	NA
1.09.12-EG1 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	13	48	16	300,0	ND	NA
1.09.13-EG1 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	13	0	ND	NA		
1.09.14-EG1 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	13	438	634	69,0	ND	NA
1.09.15-EG1 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	13	235	303	77,5	ND	NA
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	13	0	0	100,0	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

Les chirurgies d'un jour sont privilégiées lorsque l'état de l'usager, les indications médicales et chirurgicales sont favorables.
Les chirurgies avec hospitalisation prévues par les chirurgiens sont réalisées.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	66,7	0,0	0,0	ND	NA
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	64,6	0,0	0,0	ND	NA
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	0,0	ND	NA		
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	13	96,2	90,0	106,8	ND	NA
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	13	98,1	90,0	108,9	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

1.9

- Une politique de l'accès aux services médicaux spécialisés a été adoptée. Une procédure d'accès en regard de la gestion des listes d'attente en chirurgie a été déployée et un suivi est assuré.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Ressources

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.07-PS Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	13	1	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	0.0	ND	NA		
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	10,9	ND	NA		
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0.0	ND	NA		
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attentede moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	0.0	ND	NA		
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	18.1	ND	NA		
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	21,3	ND	NA		
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	36,5	ND	NA		
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	0.0	ND	NA		
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0.0	ND	NA		
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100.0	ND	NA		

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,0	ND	NA		
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,00	ND	NA		

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA		
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,00	ND	NA		
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,00	ND	NA		

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA		
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	0,00	ND	NA		

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %

Version de GESTRED: 2013/05/15.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	6,64	6,90	103,7	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	12	7,44	7,10	95,1	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	12	3,95	3,25	78,3	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	1,02	0,16	0,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15

Amélioration à tous les niveaux par rapport à l'année 2011-2012.

3.01 – PS Rencontre de l'engagement en ce qui concerne le respect de la cible du MSSS en assurance salaire.
3.05.01 – PS Au niveau des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier, nous avons remonté notre engagement à 95.1 %, ce qui se traduit par une réduction de 2.31 % de celles-ci.
3.05.02 – PS Pour les heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel réseau, 78.3 % de notre cible a été atteinte comparativement à 48.3 % en 2011-2012.
3.06.01 – PS Nous avons eu recours à 1.02 % de nos heures travaillées par de la main-d'œuvre indépendante pour dispenser nos soins infirmiers, une réduction de 62 % par rapport à l'année 2011-2012.
3.06.02 - PS et 3.06.03 – PS L'établissement n'a eu recours à aucune main-d'œuvre indépendante au niveau des infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2012-2013 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

4.0 Urgences(Désencombrement)

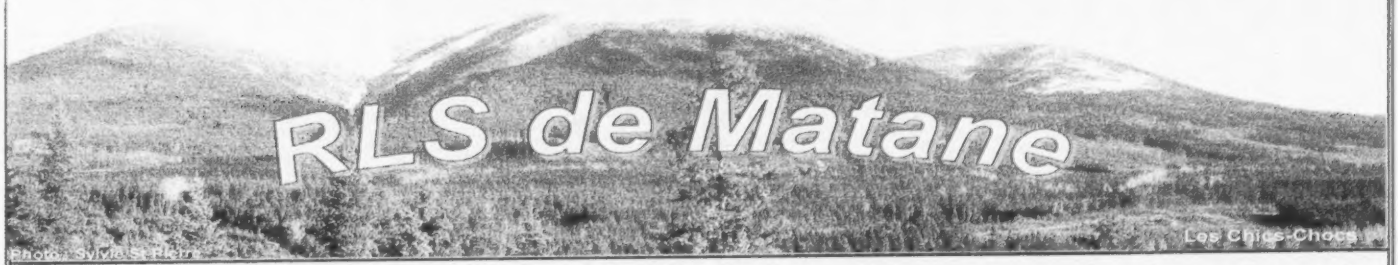
Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2012-2013 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	13	4.8	0.0	0.0	ND	NA
4.01.02-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	13	0.0	0.0	100.0	ND	NA
4.01.03-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	13	0.1	0.0	0.0	ND	NA
4.01.04-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	13	0.2	0.0	0.0	ND	NA
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0.3	0.0	0.0	ND	NA
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0.0	0.0	100.0	ND	NA
4.01.07-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	13	0.0	0.0	100.0	ND	NA
4.01.08-EG1 Taux de déclaration (%) en hebergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	13	0.43	3.00	185.6	ND	NA

Valeur inférieure à 90 % de l'engagement Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
Version de GESTRED: 2013/05/15.

4.0 Les travaux se poursuivent en amont et en aval pour améliorer l'accessibilité à des soins et services en dehors du milieu hospitalier.

ANNEXE 5

Fiche sociosanitaire



IDENTIFICATION

No. Permis : 1104-4062

CSSS DE MATANE
333, rue Thibault
Matane
G4W 2W5

Directrice générale : Nicole Morin
Président du conseil d'administration : Louis Pelletier
Téléphone : 418 562-3135
Télécopieur : 418 562-9374

PRINCIPALES INSTALLATIONS ET MISSIONS[19]

CHSGS
Hôpital de Matane
333, rue Thibault
Matane G4W 2W5
Bassin de desserte[1] : 16 610

CHSLD
Centre d'hébergement de Matane
Nombre de places : 106

CPEJ
Point de service : Matane

CRJDA
Unité de réadaptation : Matane
Nombre de places : 12

CLSC
Points de service : Matane, Les Méchins et Baie-des-Sables

CRPAT (L'Estran)
Point de service : Matane

CRDI
Point de service : Matane

NOMBRE DE PLACES[19] **(En date du 17 juin 2013)**	Au permis	Dressés	Normés*
Soins généraux et spécialisés (CHSGS)	45	45	37
Civières autorisées (excluant réanimation)	7		
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)[22-1]	106	106	109
Ressources intermédiaires (RI) :	Nombre de places reconnues		
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	60		
Santé mentale	0		
Déficience physique	0		
Déficience intellectuelle	6	(sous la responsabilité du CRDI)	
Jeunes	3	(sous la responsabilité du CJ)	
Ressources de type familial (RTF) :			
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	3		
Santé mentale	0		
Déficience physique	0		
Déficience intellectuelle	27	(sous la responsabilité du CRDI)	
Jeunes	18	(sous la responsabilité du CJ)	
Ressources privées (RP)[24] :			
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (mars 2012)	216		

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES[19] **Plan d'effectif médical 2013 (en date du 6 juin 2013)**	Nombre En place	Nombre Besoins	Nombre Autorisé
Médecins omnipraticiens	23	30	26
Médecins spécialistes	6	9	8
		Nombre	
Cliniques médicales privées		5	
Groupe de medecine familiale (GMF) accrédité		1	
Pharmacies communautaires		5	
Cliniques dentaires		3	
Dentistes en pratique privee		4	
Dentistes avec privilèges en milieu hospitalier		2	
Nombre d'organismes communautaires subventionnes de la santé et des services sociaux[11]		17	
Commission scolaire Monts et Marées (secteur Matane) - nombre d'installations :		16	
Nombre d'écoles primaires		10	
Nombre d'écoles secondaires		1	
Nombre d'écoles primaires et secondaires		3	
Nombre de centres de formation pour adultes		1	
Nombre de centres de formation professionnelle		1	
Nombre d'écoles secondaires privées		0	
Nombre de cégeps/centre d'études collégiales		1	

RESSOURCES FINANCIÈRES[19] **Budget 2012-2013 (réel) (Données excluant le CJ et CRDI)**

Au 31 mars 2013 (période 13) :

Charges :	44 390 786 $	Résultat d'exploitation réel 2012-2013 :	477 683 $
Revenus :	2 688 201 $	Surplus (déficits) cumulés au 31/03/13 :	1 001 527 $
Net :	41 702 585 $		

RESSOURCES HUMAINES[19] **(2011-2012)** **(Données excluant le CJ et CRDI)**	Nombre TC	Nombre TP(ETC)	ETC
Personnel cadre	21	0	21
Personnel régulier	287	131	418
Personnel non détenteur de postes			103

RESSOURCES MATERIELLES[19]	(En date du 7 février 2013, données excluant le CJ et CRDI)				
Projets en cours	**Coût du projet**	**Description**			**État d'avancement**
Projet mineur en CHSLD 2008-2009/2009-2010	435 992 $	Réaménagement et agrandissement des cuisinettes sur les unités de vie			Complété
Modernisation et optimisation des services alimentaires	2 500 000 $	Modernisation des deux services alimentaires			Complété
Mise aux normes des hottes stériles et de la pharmacie	1 052 000 $	Réaménagement du secteur des hottes stériles et du département de la pharmacie			Complété
Enveloppe de rénovations fonctionnelles autres que CHSLD	160 608 $	Année 2012-2013			
Enveloppe de maintien d'actifs immobiliers	977 950 $	Année 2012-2013			
Enveloppe de renouvellement d'équipements spécialisés et médicaux	649 937 $	Année 2012-2013			
Enveloppe de renouvellement d'équipements et de mobilier	208 446 $	Année 2012-2013			
POPULATION		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
0-17 ans		3 253	14,8%	33 766	16,8%	18,9%
12-17 ans		1 152	5,2%	11 502	5,7%	6,3%
18-64 ans		13 755	62,5%	125 414	62,3%	64,5%
12 ans et plus		19 913	90,5%	179 045	88,9%	87,4%
65 ans et plus		5 006	22,7%	42 129	20,9%	16,7%
75 ans et plus		2 096	9,5%	18 555	9,2%	7,3%
0-4 ans		849	3,9%	9 389	4,7%	5,5%
5-9 ans		895	4,1%	9 267	4,6%	5,1%
10-19 ans		1 967	8,9%	19 493	9,7%	10,6%
20-29 ans		2 214	10,1%	21 933	10,9%	12,8%
30-39 ans		2 328	10,6%	22 255	11,1%	13,7%
40-49 ans		2 634	12,0%	24 118	12,0%	13,7%
50-64 ans		6 121	27,8%	52 725	26,2%	21,9%
65-74 ans		2 910	13,2%	23 574	11,7%	9,4%
75-84 ans		1 465	6,7%	12 575	6,2%	5,1%
85 ans et plus		631	2,9%	5 980	3,0%	2,1%
Population totale (**projections 2013**)[9]		22 014	100,0%	201 309	100,0%	100,0%
Naissances (2010)[10]		193		1 878		88 436
Décès (2009)[6]		214		1 886		58 043
MODE D'OCCUPATION DU TERRITOIRE[8]		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Municipalités (nb)		11	100,0%	114	100,0%	1 126
Municipalités de plus de 2 000 hab. (nb)		1	9,1%	15	13,2%	375
Densité de la population (nombre d'habitants/km² de terre ferme)		6,6		9,0		6,1
ÉTAT DE SANTÉ		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Espérance de vie à la naissance (ans) 2007 2009[6]		80,6		81,0		81,1
Auto-évaluation de sa santé : très bonne ou excellente[5]			43,5%		55,3%	59,4%
Personnes ayant une incapacité (tous âges)[2]		3 040	14,1%	24 555	12,8%	12,7%
Personnes souffrant d'obésité (IMC >=30,0, 18 ans et plus)[5]		3 138	17,1%	22 028	13,4%	14,4%
Limitation des activités quotidiennes causées par un état ou problème de santé de longue durée - 6 mois et plus (12 ans et plus)[5]		4 590	23,3%	37 880	21,7%	20,7%
Blessés graves (nécessitant une hospitalisation) suite à un accident de la route (taux brut annuel sur 10 000 habitants)[20]		14	6,4	77	3,8	2,5
Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés[7]		34	20,0%	264	15,5%	-
Enfants de 5 ans ayant expérimenté la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés[7]		51	30,0%	408	23,9%	-
Consultation d'un dentiste/orthodontiste (12 ans et +, 12 derniers mois)[5]			40,1%		48,1%	57,6%
DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ		RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Indicateurs socioéconomiques						
Taux d'emploi (15 ans et plus)[2]		9 325	49,4%	89 485	53,8%	60,4%
Niveau de scolarité - plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans)[2]						
Aucun certificat, diplôme ou grade		3 305	25,8%	24410	21,9%	17,1%
Diplôme d'études secondaires		2 280	17,8%	22 165	19,9%	21,1%
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers		2 985	23,3%	25 665	23,0%	18,1%
Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep		2 345	18,3%	19 815	17,8%	17,5%
Certificat, diplôme ou grade universitaire		1 900	14,8%	19 465	17,5%	26,2%
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2010)[8]			7,2%		6,1%	9,3%
Répartition de la source de revenus (%)[2]						
Revenu d'emploi			68,0%		70,5%	75,5%
Transferts gouvernementaux			21,8%		18,2%	12,5%
Autres			10,2%		11,3%	11,9%
Revenu personnel disponible (après impôts) en 2011[8]		22 025 $		22 345 $		25 646 $
Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans)[2]		540	22,4%	4435	20,2%	23,7%
Ménages composés d'une seule personne[2]		3 255	32,4%	25 985	30,3%	30,7%
Adultes prestataires des programmes d'assistance sociale (18-64 ans)[12]		1 365	9,9%	9 907	7,9%	7,2%
Indice synthétique de fécondité[10]		1,65		1,73		1,74

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ (suite)	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus)[5]	4 862	26,5%	55 727	33,9%	32,8%
Fumeurs réguliers et occasionnels[5]	5 040	25,6%	38 620	22,1%	24,4%
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels)[5]	3 044	20,2%	26 728	19,0%	20,5%
PÉRINATALITÉ[10]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Naissances de faible poids (< 2 500 g)/naissances totales	15	7,8%	96	5,1%	5,7%
Naissances prématurées (< 37 semaines)/naissances totales	14	7,3%	134	7,1%	7,2%
Mère - âgée de moins de 20 ans/naissances totales	6	3,1%	47	2,5%	2,7%
Mère - âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité/naiss.totales	13	6,7%	134	7,1%	5,8%
Mère - 10 ans et moins de scolarité/naissances totales	14	7,3%	159	8,5%	7,0%
Mère - plus de 10 ans de scolarité/naissances totales	177	91,7%	1 660	88,4%	89,0%
Mère - scolarité inconnue/naissances totales	2	1,0%	59	3,1%	4,0%
ALLAITEMENT[11]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Proportion de bébés allaités lors du séjour au service de maternité		77,5%		85,2%	-
Proportion de bébés allaités à la sortie du service de maternité		65,4%		75,3%	-
JEUNESSE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux de diplomation au secondaire après 7 ans chez les moins de 20 ans (cohorte de 2004-2005, CS Monts-et-Marées, réseau public, 2011)[9]		68,8%		71,9%	69,3%
Masculin		63,1%		64,9%	63,1%
Féminin		74,9%		79,4%	75,9%
Protection de la jeunesse[13,21]					
Signalements reçus/Total jeunes 0-17 ans	277	8,5%	2 038	6,0%	5,1%
Signalements retenus/Total signalements reçus	103	37,2%	781	38,3%	42,3%
Evaluations réalisées par problématique :	101		793		11 949
Abandon	0	0,0%	3	0,4%	0,5%
Abus physique et risque d'abus physique	12	11,9%	125	15,8%	16,7%
Abus sexuel et risque d'abus sexuel	3	3,0%	29	3,7%	5,9%
Négligence et risque de négligence	55	54,5%	366	46,2%	42,3%
Mauvais traitement psychologique	13	12,9%	128	16,1%	17,5%
Troubles de comportement	18	17,8%	142	17,9%	17,1%
Jeunes suivis à l'application des mesures/total jeunes 0-17 ans	81	2,5%	640	1,9%	1,4%
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA/total jeunes 12-17 ans	51	4,4%	410	3,6%	1,4%
PROBLÈMES DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES	RLS (n)	RLS (/100 000)	BSL (n)	BSL (/100 000)	QC (/100 000)
Nouveaux cas de cancer (taux ajusté annuel moyen sur 100 000 hab.)[14]					
Incidence du cancer du sein (2006-2008)	19	129,0	175	147,4	138,9
Incidence du cancer du poumon (2006-2008)	31	110,6	227	94,4	95,5
Incidence du cancer de la prostate (2006-2008)	14	108,4	112	101,3	122,4
Incidence du cancer colorectal (2006-2008)	24	85,1	183	75,3	69,7
Maladie chroniques (%)[5]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	4 820	24,5%	39 790	22,8%	24,7%
Prévalence des maux de dos	3 730	18,9%	33 040	18,9%	16,4%
Prévalence de l'hypertension	4 540	23,1%	32 810	18,8%	15,1%
Prévalence de l'arthrite/rhumatisme	3 760	19,1%	28 020	16,1%	14,1%
Prévalence des migraines	1 800	*9,1%	17 590	10,1%	9,8%
Prévalence de l'asthme	1 930	*11,0%	14 940	8,6%	8,6%
Prévalence des maladies cardiaques	1 610	9,2%	11 880	6,8%	5,1%
Prévalence du diabète (20 ans ou plus)[4]	1 571	7,1%	12 446	6,3%	7,6%
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	810	*4,1%	6 010	3,5%	3,3%
SANTÉ MENTALE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes affichant une probabilité élevée de détresse psychologique[5]	1 100	*6,1%	7 300	4,5%	5,6%
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général[5]		91,1%		94,4%	92,9%
Auto-évaluation de sa santé mentale : très bonne ou excellente[5]		64,7		72,7	75,0
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. tentatives de suicide (sur 100 000 hab.)[15]		*72,3		59,6	29,5
Durée moyenne de séjour - tentatives de suicide (jrs)[15]	3,6		5,1		10,8
Taux ajusté moyen de mortalité par suicide - pop. totale (taux sur 100 000 hab., période 2005-2009)[6]		*24,7		21,0	15,2
SANTÉ PHYSIQUE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale (11-12)[23]	23 278	1,1	169 709	0,8	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, santé physique[15]		11,3%		8,7%	7,7%
Durée moyenne de séjour de courte durée, santé physique[15]	5,7		6,7		8,0
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie)[23]		82,2%		76,9%	-
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 01/06/2013)[18]	7		25		
Personnes en attente d'hébergement en RI-RIS (au 01/06/2013)[18]	12		55		
PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs)[16]	2 896	62,3%	22 951	58,6%	44,6%
Personnes nouvellement vaccinées contre le pneumocoque (% sur pop. 65 ans et plus)[17]	215	4,3%	1 401	3,3%	-
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale[4]	582	11,6%	4 216	10,0%	-
Personnes vivant en ménages privés[4]	3 525	89,9%	28 860	84,5%	90,5%

PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux brut d'hospitalisation de courte durée, toutes causes[15]		45,7%		36,0%	31,0%
Durée moyenne de séjour de courte durée, toutes causes[15]	9,2		10,8		14,7
Personnes vivant en ménages privés[2]	1 505	82,5%	12 315	73,3%	82,8%
MORTALITÉ PRÉMATURÉE (MOINS DE 75 ANS)[6]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Tumeurs (moyenne pour 2007 à 2009)	35	46,7%	286	44,8%	45,2%
Appareil circulatoire (moyenne pour 2007 à 2009)	12	16,0%	120	18,8%	19,5%
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2007 à 2009)	7	9,3%	42	6,6%	5,2%
Appareil respiratoire (moyenne pour 2007 à 2009)	6	8,0%	42	6,6%	5,7%
Maladies du système nerveux (moyenne pour 2007 à 2009)	1	1,3%	23	3,6%	3,6%
Maladies de l'appareil digestif (moyenne pour 2007 à 2009)	3	4,0%	23	3,6%	3,8%
Autres causes de décès (moyenne de 2007 à 2009)	11	14,7%	102	16,0%	16,9%
Nombre total annuel moyen de décès (2007 à 2009)	75	100,0%	638	100,0%	100,0%

◆ Pour le nombre de lits normés en CHSGS, il s'agit d'une balise à titre indicatif construite à partir du bassin de desserte et du ratio de 2,2 lits par 1 000. En CHSLD, le nombre de places a été déterminé en fonction du *Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013* (ratio de 2,8 lits par 100 personnes âgées)

† Le nombre de lits dressés inclut 4 lits qui sont situés dans le territoire de La Mitis mais qui sont pour les usagers du RLS de Matane. Ces lits apparaissent dans le permis de l'établissement de La Mitis.

†† Ce nombre inclut les entreprises d'économie sociale, exercice financier 2012-2013

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

. Valeur non disponible

Indique une différence significative du RLS avec la région ou de la région avec le Québec, au seuil de 0,05.

Lexique :

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
BPCO : Broncopneumopathie chronique obstructive
c.d. : courte durée
CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ : Centre jeunesse
CLSC : Centre local de services communautaires
CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDP : Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRJDA : Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CRPAT : Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes
CRDITED : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CRDI : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
DSP : Direction de santé publique
ETC : Équivalent temps complet
IMC : Indice de masse corporelle
LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux
RI : Ressource intermédiaire / RIS : Ressource intermédiaire spécialisée
RLS : Réseau local de services
RP : Ressource privée
RTF : Ressource de type familial
TC : Temps complet
TP : Temps partiel

Sources de données :

[1] MSSS, info bassin 2012 pour année 2010-2011
[2] Statistique Canada, Recensement de 2006
[3] Institut national de santé publique du Québec, données de 2008-2009
[4] Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-Saint-Laurent, 2011-2012
[5] Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)
[6] MSSS, Fichier des décès, 2005-2009 (espérance de vie 2007-2009)
Plan d'action en santé dentaire publique du Bas-St-Laurent, 2011-2012
[8] Institut de la statistique du Québec
[9] Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, données par CS de 2010
[10] MSSS, Fichier des naissances 2010 (2008-2010 : indice synt. de fécondité)
[11] ASSS Bas-Saint-Laurent, Portrait de la clientèle en périnatalité, 2012-2013
[12] Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, données pour 2011
[13] Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2011-2012
[14] MSSS, Fichier des tumeurs, 2006 à 2008
[15] MSSS, Fichier Med-Echo, 2011-2012
[16] Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2011
[17] Fichier de vaccination contre le pneumocoque VAXIN, 2012-2013
[18] Système "Informatisation des mécanismes d'admission pour fins de gestion" (IMAGES)
[19] Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
[20] Société de l'assurance automobile du Québec, Dossier statistique Bilan 2011, Accidents, parc automobile et permis de conduire, 2012
[21] Association des centres jeunesse du Québec, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, année 2011-2012
[22] ASSS Bas-Saint-Laurent, Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013
[23] Rapport statistique AS-478, 2011-2012
[24] MSSS, Registre des résidences privées pour aînés, données pour le Bas-Saint-Laurent, 2012 (incluant les OSBI)

Vous pouvez consulter les fiches sociosanitaires à l'adresse suivante :
http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/index.php?id=127&expandable=8&subexpandable=4

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Québec